

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis GAYMARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DES

Adénites iliaques chancrelleuses

ET DE

LEUR TRAITEMENT OPÉRATOIRE

Président : LETULIE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis GAYMARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DES

Adénites iliaques chancrelleuses

ET DE

LEUR TRAITEMENT OPÉRATOIRE

Président : LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis GAYMARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DES

Adénites iliaques chancrelleuses

ET DE

LEUR TRAITEMENT OPÉRATOIRE

Président : LETULLE, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON

Chirurgien de l'Hôpital Cochin-Annexe

Avec l'expression de ma respectueuse gratitude pour ses précieux conseils.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Professeur d'Histoire de la Médecine
Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine

A MES PREMIERS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE GRENOBLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
E. SCHWARTZ

(Cochin, 1909-1910)

M. LE DOCTEUR VILLEMEN

(*In memoriam*)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OMBRÉDANNE

(Bretonneau, 1910-1911)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOUGET

(Tenon, 1911-1912, 1^{er} semestre)

MONSIEUR LE DOCTEUR BOULLOCHE

(Bretonneau, 1911-1912, 2^e semestre)

M. LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

(Tenon, 1912-1913)

A MESSIEURS CHEVRIER ET MOUCHET

Chirurgien des Hôpitaux

Des Adénites iliaques chancrélleuses

ET DE

LEUR TRAITEMENT OPÉRATOIRE

HISTORIQUE

Les adénites iliaques, au cours du chancre mou, sont une affection rare, du moins d'après les données classiques.

Leur étude a passé par des phases alternantes de lumière et d'ombre, ainsi qu'on s'en rendra compte par ces quelques données historiques :

En 1786, Hunter, dans son *Traité de la maladie vénérienne*, parlant de la limite où s'arrête l'infection dans les cas de bubons, écrit : « On ne voit jamais s'affecter les vaisseaux ou les glandes qui sont en seconde ligne, par exemple, les glandes qui sont situées le long des vaisseaux iliaques. »

Plus près de nous, Fournier, dans son article : *Bubon* du Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique, en parlant de bubons spécifiques, ne signale ni bubon chancrélleux, ni bubon syphilitique dans les fosses iliaques.

Donc l'infection chancreuse ne pénètre jamais plus avant que le premier groupe ganglionnaire qu'elle rencontre : c'est là l'opinion classique que l'on retrouve encore de nos jours dans la plupart des traités modernes, tant français qu'étrangers.

Pourtant, dès 1839, Grisolle rapporte que Velpeau a vu un bubon suppuré déterminer par continuité de tissus une inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque, chez un jeune homme atteint de syphilis.

En 1850, en Amérique, Lente publie un cas de péritonite consécutive à un bubon « ayant perforé l'abdomen ». Mais malgré nos recherches, nous n'avons pu retrouver son observation.

En 1856, Guyot, dans sa thèse *sur la péritonite par propagation*, cite trois observations de malades atteints de bubon de l'aîne, et chez lesquels l'extension du processus aux ganglions iliaques avait provoqué une péritonite généralisée rapidement mortelle ; et il apporte à l'appui de ses dires le contrôle des trois autopsies.

En 1859, Chassaignac, dans son *Traité pratique de la suppuration et du drainage*, prouve à nouveau l'origine ganglionnaire de certains phlegmons iliaques.

Dix ans plus tard, Van Lair, dans le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, décrit des adénopathies iliaques subaiguës évoluant vers la résorption. Mais ni l'un ni l'autre de ces deux auteurs ne mentionne une origine vénérienne à ces adénopathies.

A la même époque, Malgaigne (*Anatomie chirurgicale*, page 732), écrit qu' « il existe des engorgements chroniques de l'aîne... qui occupent les ganglions du canal crural, et même les ganglions iliaques ».

En 1861, Bourdon cite dans *l'Union médicale* un cas de péritonite mortelle après une adénite inguinale, mais n'a malheureusement pas pu pratiquer l'autopsie.

En 1868 et en 1869, M. Léon Labbé rapporte trois cas de péritonite mortelle consécutive à des adénites inguinales d'origines différentes : une à la suite d'une plaie, et deux d'origine vénérienne. Dans les trois cas, l'autopsie pratiquée montra les ganglions iliaques hypertrophiés et suppurés.

La même année paraît la première étude sur les adénopathies iliaques charnelles : Clerc, dans *les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (1869) attire l'attention sur la fréquence de l'engorgement des ganglions iliaques chez les malades atteints de bubon de l'aîne, et sur les « accidents formidables » que cette adénopathie iliaque peut déterminer du côté de la cavité abdominale, à cause du voisinage du péritoine. Il cite à l'appui de sa thèse quatre cas de péritonite généralisée au cours de bubons inguinaux et iliaques.

En 1870, Lereboullet (de Strasbourg) recueille encore une observation de péritonite mortelle consécutive à une adénite inguinale, mais celle-ci ne paraît pas d'origine vénérienne.

En 1874, Després rapporte deux cas d'adénite iliaque suppurée consécutive à une adénite inguinale, reconnaissant elle-même pour cause une plaie des membres inférieurs. Il pense que ces adénites iliaques ne doivent pas être rares et qu'une recherche méthodique en décèlerait de nombreux cas. Mais il ne parle pas d'adénites chancrelleuses.

Deux ans plus tard, Paquy (thèse de Paris, 1876) étudie l'adénite inguinale considérée comme cause des phlegmons de la fosse iliaque ; mais il ne cite aucun cas d'origine vénérienne.

C'est de cette époque que datent les premières observations d'adénites iliaques spécifiques :

Fournier, dans son livre : *la Syphilis chez la femme* (1873), dit avoir constaté trois fois dans des autopsies la tuméfaction de plusieurs glandes iliaques chez des personnes souffrant d'affection syphilitique primaire et de tuméfaction des glandes inguinales.

Belhomme et Martin (*Traité pratique de la syphilis et des maladies vénériennes*, 1878) écrivent que les adénopathies tardives de la syphilis auraient pour siège de prédilection divers groupes de ganglions, entre autres les ganglions iliaques.

Vers la même époque on publie à l'étranger diverses observations de bubons iliaques chancrelleux ; tels sont les cas de Jordan (Londres, 1880) et de Castelo (Madrid, 1881).

M. André Castex, dans sa thèse (Paris, 1881), étudie les adénites iliaques tuberculeuses. Il distingue des adénopathies iliaques symptomatiques de la coxal-

gie, les adénites iliaques primitives *scrofuleuses*. Il reconnaît à toutes une origine bacillaire, et pourtant, parmi les malades dont il rapporte l'observation, plusieurs avaient eu, peu avant le début de la maladie, une affection, vénérienne ou non, des organes génitaux : herpès, chancre mou, blennorragie.

En 1887, Cedmansson (de Stockholm) publie un important mémoire sur la question des adénites iliaques chancrelleuses, montre leur fréquence, étudie leur évolution, leur diagnostic et leur traitement.

Depuis cette époque, le sujet semble avoir peu préoccupé les auteurs :

Bonvoisin (thèse de Paris, 1909-1910), étudiant les adénophlegmons iliaques, déclare que « les adénites iliaques d'origine vénérienne sont rares ».

M. Lecène, dans la *Nouvelle pratique médico-chirurgicale*, mentionne à l'article *Phlegmon iliaque*, « les cas très rares de suppuration des ganglions iliaques externes ».

Enfin, M. Audry (de Toulouse), dans son *Précis des maladies vénériennes* (1910) écrit que le siège habituel des bubons est la région inguinale, et ajoute que « exceptionnellement on rencontre des masses plus profondes : on peut, par exemple, voir se gonfler, et même suppurer, des ganglions de la fosse iliaque même, en arrière de l'arcade crurale ».

Dans aucun autre traité ou précis récent, français ou étranger, on ne trouve mention des adénopathies iliaques chancrelleuses.

Les bubons iliaques sont donc classiquement une affection rare. Et cependant, dans son service de l'hôpital Cochin-Annexe, notre maître, M. le Dr Michon, en a opéré cinquante cas en moins de quatre ans !

Il semble donc que ce soit là une affection plus fréquente que ne le laissent supposer les données classiques, et qui mérite une étude un peu approfondie.

Aussi, avons-nous trouvé opportun, sur les conseils de notre maître, d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les bubons iliaques succèdent aux bubons inguinaux.

Leur étiologie et leur pathogénie sont celles du bubon inguinal ; ils représentent seulement un degré plus avancé de l'infection par le virus chancrelleux.

Fréquence. — Dans le service de M. Michon, la proportion des bubons iliaques aux bubons inguinaux est approximativement de 1 à 3 ; mais nous nous hâtons de dire que cette proportion est loin de représenter la vérité, car M. Michon n'admet dans son service que les bubons inguinaux très volumineux, partant plus exposés à avoir un prolongement iliaque ; les autres n'étant vus qu'à la consultation externe.

Pour établir une proportion un peu plus exacte, nous avons dressé la statistique des cas observés à la consultation externe de l'hôpital Cochin-Annexe pendant dix séances consécutives : la proportion tombe à 1 sur 10 ; mais, même dans ces conditions, nous sommes encore loin de la vérité, car nous n'avons pas expérimenté assez longuement, et ensuite

parce que la proportion des bubons est beaucoup plus élevée dans la clientèle hospitalière que chez les malades de ville.

Les causes prédisposantes sont, comme pour les bubons de l'aîne, les fatigues, la marche, le défaut de soins, les irritations locales qui font saigner le chancre.

La plupart des malades dont nous rapportons l'observation, exercent, en effet, des professions pénibles : charretier, livreur, garçon de café, maçon, débardeur, etc.

Dans un autre ordre d'idées, si on envisage le siège de la lésion vénérienne primitive, il est intéressant de remarquer que tous les chancres ne produisent pas avec une égale fréquence le bubon iliaque.

Voici comment se classent, à ce point de vue, nos observations :

11 cas de chancre du frein ;

12 cas de chancre du sillon balano-préputial ;

6 cas de chancre de la muqueuse préputiale ;

4 cas de chancre du gland (ailleurs qu'au niveau du frein) ;

3 cas de chancre du fourreau ;

14 cas où le siège du chancre est inconnu.

On voit que ce sont les chancres du frein, du prépuce et du sillon balano-préputial qui produisent le plus souvent le bubon iliaque, et cela probablement parce qu'ils sont les plus exposés aux chocs et aux tiraillements.

C'est sans doute pour une raison analogue que les bubons sont très rares chez la femme, chez laquelle les chancres sont généralement abrités : nous n'avons, en effet, relevé dans la littérature médicale aucun cas de bubon iliaque chez la femme.

La cause déterminante est le transport de l'infection chancrelleuse dans les ganglions iliaques par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques et des ganglions inguinaux superficiels et profonds.

Un fait est à remarquer, c'est que, alors que dans les suppurations banales, on peut rencontrer une adénite assez éloignée du siège de la lésion septique sans adénite intermédiaire (par exemple, après une plaie du membre inférieur, une adénite iliaque sans adénite inguinale), cela ne se produit jamais dans les adénites chancrelleuses : il n'y a jamais d'étape ganglionnaire brûlée.

Pathogénie. — Enfin, pour la pathogénie du bubon iliaque, nous ne ferons que répéter les données classiques sur les bubons inguinaux, à savoir que le chancre mou peut donner naissance à deux variétés de bubons : une variété dite inflammatoire simple où l'on ne retrouve pas le streptobacille de Ducrey, et que quelques auteurs attribuent alors aux microbes pyogènes banaux qui ont secondairement infecté le chancre ; et une deuxième variété que les mêmes auteurs appellent bubon chancrelleux proprement dit, ou bubon virulent, dans laquelle on

retrouve, soit directement, soit par inoculation, le streptobacille.

L'une et l'autre de ces deux variétés sont d'ailleurs nettement consécutives au chancre, et dans le cours de cette étude, c'est l'une comme l'autre que nous désignerons sous le nom de *bubon iliaque chancrelleux*.

Pour terminer, nous dirons que nous avons obtenu 8 résultats positifs sur 16 inoculations tentées, proportion qui se rapproche de celle qu'avait obtenue Ricord expérimentant sur les bubons inguinaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — ANATOMIE DES GANGLIONS ILIAQUES

Pour la parfaite intelligence du sujet, il ne nous semble pas inutile de rappeler sommairement ici, d'après Cunéo et Marcille, la disposition anatomique des ganglions lymphatiques de la région iliaque.

Les ganglions ilio-pelviens, grâce à leur systématisation para-vasculaire, peuvent être divisés en trois grands groupes :

Les ganglions iliaques primitifs, placés autour des vaisseaux homonymes ;

Les ganglions hypogastriques, disséminés le long du tronc et des branches de l'artère iliaque interne ;

Et les ganglions iliaques externes qui accompagnent les vaisseaux de ce nom.

Nous ne nous occuperons que de ces derniers, car ils sont les seuls atteints dans les adénopathies iliaques chancrelleuses.

Les ganglions iliaques externes se divisent en trois chaînes : une chaîne externe, une chaîne moyenne et une chaîne interne :

1° *Chaîne externe.* — Elle comprend trois à quatre

ganglions situés en dehors de l'artère iliaque externe, entre elle et le bord interne du psoas. Le plus volumineux de ces ganglions est le ganglion inférieur de la chaîne, ou *ganglion rétro-crural externe*. Il est ordinairement d'un volume assez considérable. Quelquefois il est dédoublé en deux ganglions plus petits, dont le plus externe représente alors l'origine de la chaîne moyenne.

2° *Chaîne moyenne*. — Elle comprend deux ou trois ganglions placés sur la face antérieure de la veine iliaque externe. Lorsqu'il existe trois ganglions, le ganglion inférieur est placé immédiatement en arrière de l'arcade crurale. C'est le *ganglion rétro-crural moyen*. Il est inconstant, car il est en effet le plus souvent fusionné avec le rétro-crural externe.

Les deux autres ganglions de la chaîne ont une situation beaucoup plus supérieure : le ganglion moyen est à égale distance de l'arcade à la bifurcation de l'artère iliaque primitive. Le troisième est sur la face antérieure de cette bifurcation même.

3° *Chaîne interne*. — Elle comprend trois ou quatre ganglions placés au-dessous et en dedans de la veine iliaque externe, contre la paroi latérale de l'excavation. Le ganglion inférieur de cette chaîne, ou *ganglion rétro-crural interne*, le plus volumineux, est situé immédiatement en arrière de la partie externe de l'anneau crural. Il fait suite au ganglion de Cloquet.

Le ganglion moyen, très volumineux aussi, est situé dans un plan un peu inférieur au précédent « comme si son poids l'entraînait dans la cavité pelvienne ».

Enfin, le troisième ganglion, plus petit, est placé un peu en dessous de la bifurcation de l'artère iliaque primitive, en avant de l'artère iliaque interne.

A la chaîne iliaque externe on rattache un petit ganglion inconstant, placé au-dessous du nerf obturateur, au niveau même de l'orifice profond du canal sous-pubien. Il était atteint dans une de nos observations. C'est le *ganglion obturateur*.

Vaisseaux afférents. — Chacune des trois chaînes a des tributaires différents ; ces vaisseaux afférents aboutissent au ganglion inférieur (rétro-crural) de chaque chaîne, et les autres ganglions ne sont que des relais disposés à la suite du ganglion inférieur.

A la chaîne externe aboutissent :

a) Une partie des efférents des ganglions inguinaux superficiels et profonds ;

b) Des lymphatiques venus *directement* du gland ou du clitoris, par le canal inguinal ;

c) Une partie des lymphatiques de la paroi abdominale.

La chaîne moyenne reçoit par son ganglion inférieur un double pédicule venu des ganglions rétro-cruraux externe et interne.

Enfin, la chaîne interne reçoit :

a) Une partie des lymphatiques efférents des ganglions inguinaux superficiels et profonds ;

b) Les lymphatiques profonds du gland ou du clitoris, venus *directement* par le canal crural;

c) Beaucoup d'autres troncs lymphatiques dont nous n'aurons pas à nous occuper.

Vaisseaux efférents. — Chacun des ganglions de ces trois chaînes envoie ses efférents dans le ganglion placé au-dessus de lui.

Les efférents du ganglion supérieur de chaque chaîne se rendent, directement ou indirectement, dans les ganglions iliaques primitifs.

II. — SIÈGE DES LÉSIONS

Nous avons déjà indiqué que les ganglions iliaques externes sont les seuls atteints dans les cas de bubon iliaque.

Nous allons examiner maintenant quelles chaînes ganglionnaires, parmi les trois chaînes iliaques externes, sont le plus fréquemment intéressées.

A ce point de vue les 50 cas opérés par M. Michon se divisent comme suit :

Dans 8 cas, il s'agissait des ganglions de la chaîne externe ;

Dans 1 cas, des ganglions de la chaîne moyenne ;

Dans 12 cas, des ganglions de la chaîne interne ;

Dans 1 cas, des ganglions des chaînes externe et moyenne ;

Dans 24 cas, des ganglions des chaînes externe et interne ;

Dans 1 cas, des ganglions des chaînes moyenne et interne ;

Enfin, dans 3 cas, toutes les chaînes étaient intéressées.

De ces données, il résulte que le plus souvent ce sont à la fois les ganglions des chaînes externe et interne qui sont altérés (24 fois sur 50 = 48 o/o), et cela s'explique par ce fait que ce sont eux qui reçoivent directement les lymphatiques efférents des ganglions inguinaux superficiels et profonds.

Les ganglions de toutes les chaînes n'ont été pris que dans 3 cas (= 6 o/o).

Cette proportion semble infime : cela tient à l'absence fréquente du ganglion rétro-crural moyen, la chaîne moyenne se trouvant alors en seconde ligne par rapport aux chaînes externe et interne.

C'est pour la même raison qu'on ne trouve que peu souvent les ganglions de la chaîne moyenne atteints concurremment avec les ganglions de la chaîne externe (1 cas = 2 o/o) ou de la chaîne interne (1 cas = 2 o/o).

Enfin, assez souvent, une seule des trois chaînes avait ses ganglions pris :

Dans 8 cas, la chaîne externe (= 16 o/o des cas) ;

Dans 12 cas, la chaîne interne (= 24 o/o) ;

Dans 1 cas, la chaîne moyenne (= 2 o/o).

Ajoutons que dans ces cas, le ganglion rétro-crural était presque toujours seul atteint.

Si maintenant nous reprenons cette statistique en considérant isolément chaque chaîne, et en totalisant pour chacune les cas où ses ganglions étaient pris, soit seuls soit avec d'autres, nous voyons que :

Les ganglions de la chaîne externe ont été pris trente-six fois ;

Les ganglions de la chaîne interne quarante fois ;

Les ganglions de la chaîne moyenne six fois.

Cette rareté relative de l'extension du processus inflammatoire aux ganglions de la chaîne moyenne est expliquée, comme nous l'avons déjà montré, par la disposition anatomique.

D'autre part, nous voyons que les ganglions de la chaîne interne sont pris un peu plus fréquemment que les ganglions de la chaîne externe (40 fois contre 36). De plus, et surtout, ils présentent presque toujours des lésions plus avancées. Pourquoi cette différence ? Le ganglion rétro-crural externe et le ganglion rétro-crural interne reçoivent en effet un nombre à peu près égal de tributaires : les lymphatiques efférents des ganglions inguinaux superficiels et profonds.

De plus, chacun d'eux reçoit, comme nous l'avons vu, *directement* des lymphatiques venus du gland par le canal crural pour le ganglion rétro-crural interne et, par le canal inguinal pour le rétro-crural externe.

Il semble donc que si la chaîne interne est plus souvent et plus gravement intéressée, c'est parce que le ganglion rétro-crural interne fait suite directement

au ganglion de Cloquet, ou, quand celui-ci manque, aux ganglions inguinaux profonds.

Pour terminer, nous signalerons que chez un de nos malades (obs. IX) on perçut, après avoir enlevé les ganglions iliaques, l'existence d'un ganglion situé dans le petit bassin, bien au-dessous et en-dedans de la veine iliaque externe. Il s'agissait vraisemblablement du ganglion obturateur. Il ne fut pas enlevé, étant donné son petit volume.

III. — LÉSIONS ANATOMIQUES

Un fait ressort encore de l'étude des groupes ganglionnaires atteints : c'est que les lésions sont le plus souvent des lésions de poly-adénite ; il y a plusieurs ganglions atteints concurremment. Pourtant, d'après les théories classiques, le bubon chancrelleux est le type de la mono-adénite.

Est-ce à dire que les ganglions iliaques ne réagissent pas de la même façon que les inguinaux à l'infection chancrelleuse ?

Non, car il semble que la théorie classique de la mono-adénite chancrelleuse soit erronée. En effet, les auteurs récents ne confirment pas ces données. M. Audry, dans son *Précis des maladies vénériennes* (1910), écrit que la théorie de la mono-adénite « peut paraître vraie quelquefois, si on s'en tient aux renseignements fournis par l'examen clinique superficiel du malade ; c'est une erreur complète au point de

vue anatomo-pathologique, si on examine les pièces mêmes. En premier lieu, il y a toujours poly-adénite. Le nombre des ganglions est variable, mais toujours considérable... Leur dimension est extrêmement inégale... En général, il y en a toujours un ou deux beaucoup plus gros que les autres, ce qui peut donner l'impression clinique d'une mono-adénite ».

Il y a donc toujours plusieurs ganglions atteints dans les bubons inguinaux, malgré l'opinion classique. Cela ressort de cette citation ; et d'ailleurs dans nos 50 observations, on verra que le bubon inguinal originel était toujours composé d'un grand nombre de ganglions.

Voilà donc un fait acquis pour les bubons inguinaux. Il en est de même pour le bubon iliaque, ainsi qu'il ressort du chapitre précédent. Notons cependant que, dans plusieurs cas, nous n'avons trouvé qu'un seul ganglion iliaque atteint, tandis qu'il y en avait toujours plusieurs dans le bubon inguinal.

Abordons maintenant l'étude des lésions anatomiques elles-mêmes :

Elles sont de deux sortes : les lésions ganglionnaires proprement dites, et les lésions du tissu cellulaire péri-ganglionnaire, ou lésions de péri-adénite.

Le volume des ganglions est très variable, depuis la taille d'un gros haricot jusqu'à celle d'une mandarine ou d'un œuf de poule. Le plus souvent, dans les cas moyens, le volume est à peu près celui d'une noix.

Aspect. — Dans le cas récents, les ganglions sont

ainsi plus ou moins hypertrophiés, violacés, mobiles, et sans adhérences avec les tissus voisins.

A la coupe, ils présentent un aspect homogène ; la coloration est bleuâtre, striée de blanc.

Mais ils ne restent pas longtemps à ce stade : rapidement, en effet, se forment de petits abcès miliaires de la dimension d'une tête d'épingle. Ils sont souvent très nombreux, et cet aspect est l'aspect type du ganglion chancreux d'évolution moyennement avancée.

Plus tard les abcès peuvent se réunir, et former des collections intra-ganglionnaires plus volumineuses.

Le ganglion peut arriver ainsi à être complètement ramolli et suppuré, à tel point qu'il s'écrase pendant l'extirpation.

L'évolution ne se fait d'ailleurs pas toujours vers la suppuration, mais aussi vers la sclérose ; on trouve alors à la coupe un tissu plus ou moins scléreux, mais dans lequel persistent très longtemps les petits abcès miliaires types.

Parallèlement à ces lésions ganglionnaires propres, évoluent les lésions de périadénite :

Au début, les tissus péri-ganglionnaires sont sains ; le ganglion est seul lésé. Il en est ainsi pendant assez longtemps, tant que les abcès miliaires intra-ganglionnaires ne sont pas complètement développés. A ce moment il est rare que le tissu conjonctif ne soit pas envahi par le processus inflammatoire.

L'atmosphère celluleuse perd sa souplesse, se fond

avec les ganglions, établit des adhérences entre ceux-ci et les tissus fibreux voisins, arcade crurale, gaine vasculaire, etc.

C'est à ce stade que correspondent les cas où l'examen clinique décèle des ganglions adhérents aux plans profonds.

A un degré plus avancé, les ganglions peuvent se fondre entre eux grâce à ces lésions de péri-adénite : on trouve alors une grosse masse allongée dans le sens des vaisseaux iliaques, et représentant toute une chaîne ganglionnaire.

D'autres fois, ce sont les deux ou trois ganglions rétro-cruraux qui sont fusionnés, formant alors une tumeur en croissant, dont la convexité répond à l'arcade crurale, et dont la concavité embrasse les vaisseaux iliaques externes.

Enfin, la péri-adénite peut devenir suppurée ; on se trouve alors en présence d'un véritable abcès péri-ganglionnaire dans lequel les ganglions sont enfermés comme des grelots.

Cet abcès de péri-adénite envoie quelquefois des prolongements assez loin dans la fosse iliaque externe.

Quelquefois, mais très rarement, il forme un abcès collecté à cheval sur les vaisseaux iliaques externes, et contractant avec les organes environnants des rapports utiles à connaître au point de vue de l'intervention. La collection est limitée, *en bas*, par l'arcade crurale contre laquelle elle est collée.

En avant, elle répond au péritoine pariétal plus ou moins refoulé en haut ; au-dessus de lui, au fascia transversalis et à la paroi abdominale antérieure.

En arrière, elle répond au fascia iliaca, au-devant du muscle psoas. Entre elle et le fascia iliaca, et plus internes par rapport à celui-ci, passent les vaisseaux iliaques externes, artère en dehors, veine en dedans.

En dedans, elle se trouve limitée par le détroit supérieur, mais elle peut dépasser la saillie de ce détroit supérieur, et surplomber la cavité pelvienne, cet empiétement étant facilité par la disposition des ganglions de la chaîne interne, dont le deuxième semble normalement, comme nous l'avons vu, avoir une tendance à glisser dans l'excavation.

Le plus souvent l'abcès péri-ganglionnaire est moins étendu, car dès qu'il est un peu volumineux, il se met presque toujours en communication avec le bubon inguinal suppuré et fistulisé, ayant ainsi la facilité de se vider par l'intermédiaire de celui-ci, dont il aggrave d'ailleurs, par cela même, le pronostic.

Cependant, dans plusieurs de nos observations, l'abcès iliaque était devenu très superficiel, et paraissait vouloir s'ouvrir à la peau. Quelquefois même le tissu cellulaire sous-cutané au-dessus de l'arcade est infiltré d'œdème. Cela est assez fréquent, mais jamais l'aponévrose n'est perforée. Cet œdème est d'ailleurs souvent dû à l'adénite inguinale qui remonte au-dessus de l'arcade.

Nous n'avons jamais observé d'ouverture à la peau,

ni même la rougeur des téguments qui précède cette éventualité dans les cas de bubon inguinal.

Pour terminer ce trop long chapitre, nous dirons enfin que nos diversensemencements de pus sont toujours restés négatifs, mais que néanmoins la nature chancrelleuse des lésions est bien démontrée, d'abord par leur aspect (abcès miliaires), et enfin par les résultats positifs des inoculations au malade.

SYMPTOMES

Les premières manifestations du bubon inguinal sont variables.

Un fait néanmoins ne souffre pas d'exception : ils surviennent toujours chez des malades présentant déjà un bubon inguinal. Le plus souvent, ces adénopathies inguinales préparatoires sont volumineuses, et tous, ou presque tous les ganglions superficiels et profonds de la région concourent à les constituer.

Cependant il peut, dans certains cas très rares, n'y avoir qu'une légère inflammation des ganglions inguinaux sans suppuration, alors que les ganglions iliaques sont très gros et abcédés.

Combien de temps s'écoule entre l'apparition du chancre et le début de la tuméfaction inguinale, et combien de temps entre celle-ci et les premiers symptômes d'adénopathie iliaque? Il nous est très difficile de fournir une réponse exacte à cette question, étant donné le peu de soin de leur corps qu'ont souvent les malades de la clientèle hospitalière. Beaucoup sont dans l'impossibilité de préciser la date d'apparition des phénomènes ganglionnaires.

Un de nos malades même (obs. XLIII) ne s'est aperçu de son double chancre qu'alors qu'il était porteur d'un bubon depuis quinze jours !

Cependant, dans la majorité de nos cas, on peut admettre que le bubon inguinal apparaît au cours de la deuxième semaine qui suit le chancre. Dans un cas (obs. XVI), le chancre était cicatrisé depuis six mois lorsque sont apparues les tuméfactions inguinale et iliaque. Il est vrai que le malade avait conservé, après la guérison de sa chancrelle, une balanite dont les répétitions s'étaient succédées jusqu'aux derniers jours précédant l'apparition de l'adénopathie.

Plus difficile encore sera de préciser la durée qui sépare le début du bubon inguinal de celui du bubon iliaque : en effet, les malades n'accusent le plus souvent aucun phénomène subjectif du côté de la fosse iliaque ; aussi, quand la palpation méthodique de cette région découvre l'adénopathie, on ne peut assigner à celle-ci une date de début certaine. Cependant, il est probable que cette durée intermédiaire est très courte, car dans beaucoup de nos observations, le malade n'avait son bubon inguinal que depuis huit jours, et même moins, et présentait déjà des ganglions iliaques.

Rarement ce laps de temps était plus long : un mois (obs. XIV), deux mois (obs. V).

Quoi qu'il en soit, il s'agit donc en clinique de malades porteurs d'un bubon inguinal dont l'origine chancrelleuse est reconnue. C'est parfois le malade lui-même qui attire l'attention du médecin vers la

fosse iliaque, en se plaignant de douleurs de cette région.

Ce sont des douleurs sourdes, revenant par intervalles ; en général elles sont peu violentes et facilement supportées ; quelquefois c'est une simple sensation de pesanteur dans la fosse iliaque. D'autres fois, les douleurs présentent des irradiations à la région lombaire, ou dans le territoire du nerf crural (ces dernières ne pouvant d'ailleurs pas être sérieusement rapportées à l'adénopathie iliaque, étant donné la présence du bubon inguino-crural).

Quelquefois, enfin, le malade ne peut pas allonger complètement le membre inférieur, mais maintient ce membre dans une position de flexion légère de la cuisse sur le bassin (obs. XXXI et L).

Ces symptômes fonctionnels sont d'ailleurs rares, et le plus souvent c'est la palpation systématique de la fosse iliaque qui décèle l'adénopathie.

Quand on examine le malade, on ne voit le plus souvent que le bubon inguinal. Au dessus de l'arcade, rien n'attire en général le regard. Quelquefois cependant, la tuméfaction ganglionnaire est si prononcée, que la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade, est soulevée (obs. XXXIII et L) ce qui, dans un cas, a fait faussement penser à une collection sous-cutanée (obs. XXXIII).

Mais, même dans ces cas très accentués, il n'y a jamais de rougeur des téguments.

C'est la *palpation* qui fournit les renseignements les plus importants ; aussi nous semble-t-il de règle

de la pratiquer par principe chez tous les malades porteurs de bubons inguinaux. Elle n'est d'ailleurs que très rarement douloureuse.

En déprimant doucement la paroi au-dessus de l'arcade, on sent dans la fosse iliaque une masse plus ou moins volumineuse, dont la taille est le plus fréquemment celle d'une mandarine. Quelquefois le volume est moindre, comparable à celui d'une amande, d'une noix. D'autres fois la tumeur atteint les dimensions d'un œuf de poule, ou même d'une tête de fœtus, occupant alors toute la partie inférieure de la fosse iliaque.

Au début, la tumeur est mobile sur les plans profonds. Ce sont les cas où la péri-adénite n'existe pas encore. Plus souvent, la masse est immobile, adhérente, et comme collée par sa base à l'arcade crurale.

La consistance varie également suivant l'état des ganglions ; le plus souvent on a la sensation d'un empâtement dur, quelquefois rénitent. La fluctuation est rare : nous l'avons cependant rencontrée avec netteté dans 3 cas (obs. XXXIII, XLI, L).

La palpation permet encore, quand toutes les chaînes ne sont pas prises en masse, d'apprécier quel ganglion ou quelle chaîne est hypertrophié. En déprimant fortement la paroi abdominale juste au-dessus de l'arcade, et en un point de celle-ci correspondant au milieu de la distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'épine du pubis, on sent battre l'artère iliaque externe, serrée entre

les doigts qui palpent et les plans profonds résistants.

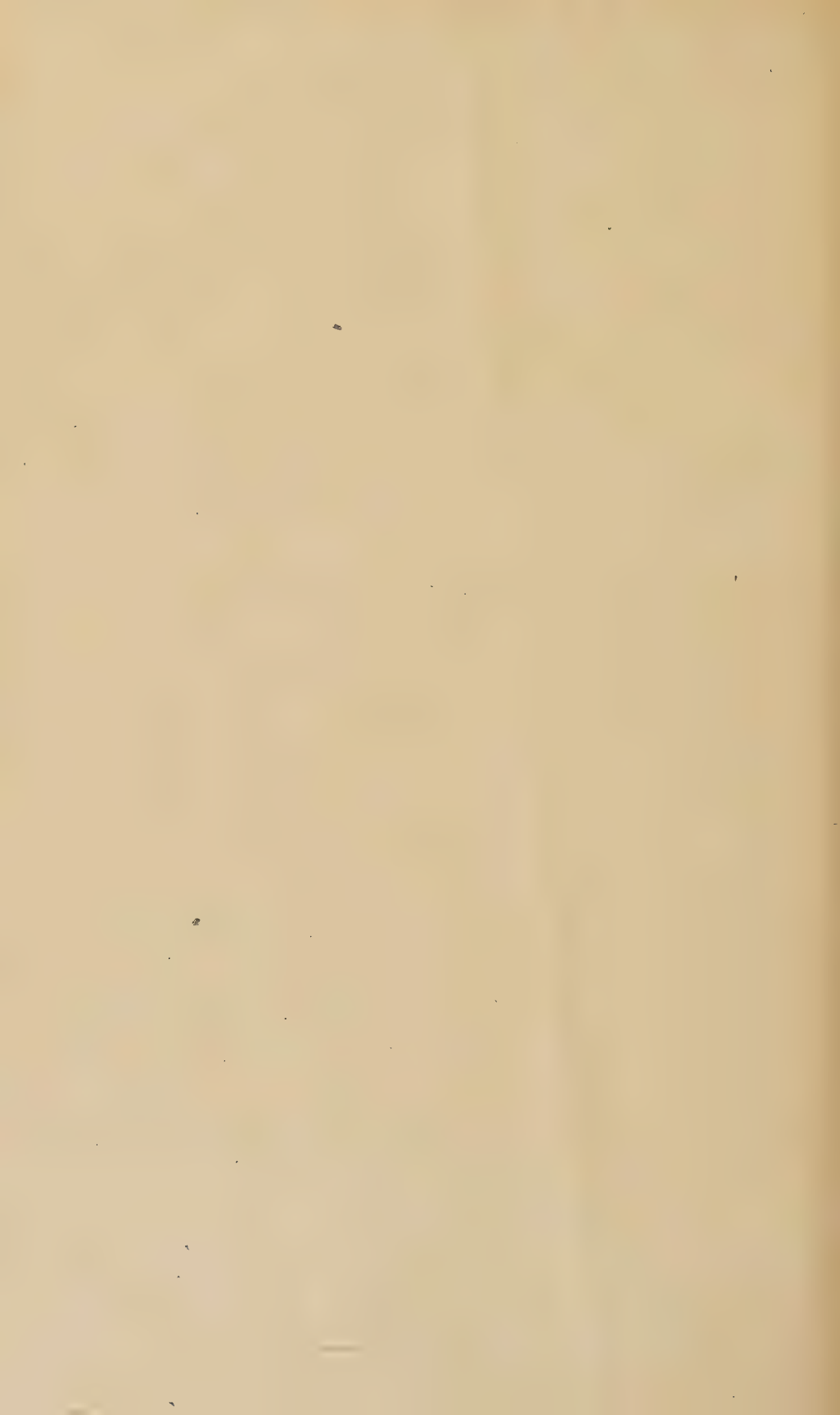
Jugeant alors la situation de la tumeur par rapport à l'artère, on en déduit s'il s'agit de ganglion rétro-crural externe ou de ganglion rétro-crural interne, celui-ci étant en dedans, celui-là en dehors de l'artère.

Enfin la tuméfaction ganglionnaire n'est jamais accessible au *toucher rectal*.

Tels sont les signes cliniques du bubon iliaque : signes fonctionnels inconstants et peu marqués, signes physiques capitaux et de recherche facile.

Les signes généraux sont exceptionnels, la situation sous-péritonéale de l'abcès ganglionnaire fait qu'il n'y a pas de phénomènes de réaction du côté de la séreuse.

Enfin, la température est souvent assez élevée, entre 38 et 39 degrés, mais cela ne tient pas plus spécialement aux ganglions iliaques qu'aux inguinaux.



ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Ainsi caractérisé anatomiquement et cliniquement, le bubon iliaque évolue vers des destinées diverses.

1° *Résolution*. — La plus fréquente semble être la résolution, car parmi les malades porteurs de bubons inguinaux, il n'y a sans doute pas que ceux que nous avons observés qui aient les ganglions iliaques hypertrophiés. Or, ces adénopathies iliaques passant inaperçues, c'est donc qu'elles évoluent petit à petit vers la répression spontanée.

2° *Suppuration*. — Dans d'autres cas, la suppuration se produit. En général, d'après l'étude que nous avons faite des pièces extraites dans les interventions, on ne rencontre pas d'abcès miliaires dans les ganglions datant de moins de trois semaines. Vers la fin du premier mois, les abcès miliaires devenant de plus en plus nombreux, le ramollissement se produit.

L'abcès complètement suppuré ne se voit que dans les cas datant d'au moins un mois et demi.

Telle est en moyenne la durée d'évolution des lésions suppuratives.

Les lésions arrivées à ce point peuvent se résorber, se scléroser ; ou bien, dans une troisième éventualité, le pus se vide dans un bubon inguinal ouvert, ou bien à la peau au-dessus de l'arcade.

Nous n'avons pas observé cette dernière évolution, mais Edmansson en rapporte des cas.

Cliniquement, un fait mérite surtout d'être mis en évidence : c'est que la suppuration des ganglions iliaques est un obstacle très sérieux à la guérison du bubon inguinal, dans lequel l'abcès intra-abdominal vient souvent s'ouvrir, formant avec lui comme un abcès en bissac dont l'étranglement est situé sous l'arcade.

Il en résulte alors des suppurations interminables, tant que le diagnostic n'est pas porté, et l'origine iliaque du pus reconnue.

C'est dans ce fait que nous trouverons une de nos plus sérieuses indications opératoires.

3° *Sclérose*. — C'est également une évolution fréquente, soit que le ganglion atteigne cette étape sans avoir passé par la phase de suppuration ; soit que la sclérose résulte de la disparition progressive des foyers purulents : il est en effet fréquent de rencontrer des ganglions constitués par du tissu scléreux dans lequel persistent encore quelques abcès miliaires. Cette évolution se produit en trois mois environ.

4° *Après l'intervention*. — Les suites opératoires

sont en général bonnes, et aboutissent, comme nous le verrons dans un paragraphe spécial, à une guérison rapide.

Même des cavités énormes, comme il en résulte de l'ablation d'un gros abcès de péri-adénite suppurée, se comblent rapidement en deux ou trois semaines.

La guérison est en général définitive. Nous avons revu récemment cinq de nos malades, les uns un an, les autres deux, et même trois ans après l'opération. Tous étaient en parfait état sans le moindre empatement local.

Un seul malade dut être opéré à nouveau deux mois et demi après la première intervention (obs. XIX). Il présentait dans la fosse iliaque des placards de tissu scléreux ganglionnaire et cicatriciel que l'on dut extirper.

Pronostic. — De ce qui résulte, on voit que le bubon iliaque n'est pas d'un pronostic grave, surtout si on le compare aux autres affections de la région, particulièrement aux phlegmons iliaques consécutifs à une suppuration viscérale de l'abdomen ou du petit bassin.

Cependant, nous allons aborder le chapitre des complications et nous verrons que ce pronostic comporte beaucoup de réserves et que l'intervention chirurgicale est amplement justifiée.

COMPLICATIONS

Par sa situation au-dessous du péritoine, et par son contact intime avec les vaisseaux iliaques externes, le bubon iliaque peut présenter deux sortes de complications.

I. — COMPLICATIONS DU COTÉ DES VAISSEAUX

1° *Ulcération.* — Nivison (d'Edimbourg), rapporte en 1831 un cas de mort par hémorragie des vaisseaux iliaques externes à la suite d'une « brusque suppuration » de la fosse iliaque droite chez un malade atteint de bubon inguinal.

Bonvoisin (thèse de Paris, 1909-1910), traitant, il est vrai, d'un sujet un peu différent du nôtre, rapporte, au cours d'adénophlegmons des ganglions iliaques, deux cas d'ulcération de la veine iliaque externe. Ces deux cas étaient survenus dans les jours qui suivaient l'intervention, et l'auteur incrimine l'action irritante des drains.

2° *Compression.* — Dans un de nos cas (obs. XIX),

un malade, porteur d'un bubon inguinal et iliaque gauche, présente du même côté des symptômes de gêne de la circulation veineuse du membre inférieur : augmentation de volume de ce membre ; lacis veineux sous-cutané ; léger œdème ; sensation de tension ; élévation de la température locale ; léger degré d'hydarthrose du genou.

Lors de l'intervention, on trouva les ganglions iliaques scléreux, très durs, entourés de péri-adénite également scléreuse.

Au point où elle était en contact avec les ganglions, la veine iliaque externe présentait une diminution de calibre sur une longueur de 2 centimètres environ. A ce niveau, elle était dure, et paraissait thrombosée.

Une incision de sa paroi, un peu en aval de cette portion indurée, ne laissa écouler aucune goutte de sang.

Il s'agissait d'un cas très net de compression de la veine iliaque externe par les ganglions iliaques sclérosés, compression ayant amené un ralentissement du courant sanguin, et consécutivement une thrombose.

II. — COMPLICATIONS PÉRITONÉALES

La situation sous péritonéale des abcès ganglionnaires iliaques rend exceptionnelle l'extension du processus pathologique à la séreuse abdominale, et la péritonite consécutive :

Nous n'en avons observé aucun cas.

Bouvoisin de même, et pourtant il rapporte des observations d'adénophlegmons iliaques d'évolution autrement plus aiguë que nos adénites chancreuses.

Cependant la littérature médicale compte plus d'une observation de péritonite aiguë mortelle consécutive à des ganglions iliaques suppurés.

Nous avons recueilli 9 de ces observations, et nous allons discuter les plus importantes, en nous excusant de ce que le cadre modeste de ce travail ne nous permette de les publier que d'une façon résumée.

OBSERVATION I

(Guyot, thèse de Paris 1856, obs. VIII.)

Il s'agit d'un malade mort de péritonite aiguë généralisée, alors qu'il était en traitement pour une adénite inguinale gauche qui avait été incisée deux fois.

Autopsie. — Ganglions inguinaux suppurés. Du côté des ganglions iliaques, deux ganglions suppurés derrière l'arcade, et deux autres seulement congestionnés ; au niveau du détroit supérieur, un cinquième ganglion, congestionné.

La rate est volumineuse, avec des fausses membranes. On note une injection très vive du cæcum et de l'appendice.

Épanchement pleurétique avec fausses membranes sur la séreuse.

L'auteur n'hésite pas à attribuer cette péritonite

à une propagation de l'infection des ganglions inguinaux aux ganglions iliaques, et de ceux-ci au péritoine par l'intermédiaire du tissu cellulaire de la fosse iliaque.

Mais quand on relit aujourd'hui cette observation, on est frappé par « l'injection très vive du cæcum et de l'appendice », et il semble bien qu'il s'agisse là d'un cas d'appendicite avec péritonite aiguë généralisée.

OBSERVATION II

(Guyot, *loc. cit.*, obs. IX, communiquée à l'auteur par Broca.)

Malade en traitement à l'hôpital du Midi pour un bubon inguinal non ouvert. Érysipèle. Péritonite. Mort.

Autopsie. — Ganglions inguinaux gauches suppurés, ganglions iliaques suppurés; péritoine adhérent à eux par l'intermédiaire d'une matière jaunâtre fibrineuse, encore mal organisée.

Viscères thoraciques sains.

OBSERVATION III

(Guyot, *loc. cit.*, obs. X, communiquée à l'auteur par Broca.)

Malade entré à l'hôpital du Midi pour un bubon inguinal droit, suppuré.

Érysipèle du triangle de Scarpa; péritonite; mort.

Autopsie. — A droite, ganglions inguinaux suppurés,

5 à 6 ganglions iliaques suppurés le long de l'artère iliaque externe. Lésions de péritonite. Rien aux organes thoraciques.

Dans ces 2 observations, il semble bien que l'origine de la péritonite dans le bubon iliaque suppuré soit évidente.

OBSERVATION IV

(Léon Labbé, *Mémoires de la Société de Chirurgie*,
1868, p. 406, obs. I.)

Femme de cinquante-neuf ans, morte de péritonite le jour même de son admission à la Pitié.

Autopsie. — Lésions de péritonite... Comme on en cherche vainement l'origine, on remarque l'existence de ganglions inguinaux à droite. On en cherche la cause, et on finit par découvrir une petite plaie au niveau de la malléole interne. Revenant alors aux ganglions inguinaux et examinant de plus près la région inguino-iliaque, on aperçoit les ganglions iliaques externes qui sont hypertrophiés. Deux surtout sont volumineux, et forment par leur réunion un croissant au-devant des vaisseaux.

Ici la péritonite semble également bien devoir être attribuée à l'adénite inguino-crurale, causée elle-même par une plaie du membre inférieur.

OBSERVATION V

(Léon Labbé, *loc. cit.*, obs. II.)

Homme de trente-deux ans, entré le 4 mars à la Pitié pour une adénite inguinale consécutive à une ulcération du gland dont la nature n'a pu être déterminée. Application de vésicatoires.

19 mars. — Incision.

22 mars. — Frisson. Puis les signes de péritonite se développent les jours suivants au complet, sauf la douleur qui est nulle.

28 mars. — Mort.

Autopsie. — Description des lésions de péritonite... Ganglions inguinaux volumineux, congestionnés, et plusieurs suppurés.

Ganglions iliaques hypertrophiés; un seul est suppuré près de l'arcade. Il y a beaucoup de péri-adénite congestive, non encore suppurée.

Rien aux organes abdominaux, ni aux organes thoraciques, sauf un peu de congestion pulmonaire.

OBSERVATION VI

(Léon Labbé, *Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 437.)

M.... trente-deux ans, garçon d'hôtel. Entré le 18 août 1869 à l'hôpital des Cliniques, pour une adénite inguinale gauche, consécutive à un bouton d'herpès sous-préputial.

Traitement par le repos au lit et les cataplasmes.

20 août. — Incision perpendiculaire à l'arcade de Fallope.

21 août. — Nausées.

22 août. — Érysipèle autour de la plaie.

23 août. — Le ventre est sensible dans la région ombilicale gauche; tympanisme; langue saburrale; pouls fréquent, cinq vomissements porracés.

Du 23 au 27, augmentation des symptômes de péritonite.

28 août au matin. — Mort.

Autopsie. — Intestins météorisés. Sérosité jaunâtre. Fausses membranes sur l'épiploon et sur les anses, qui sont fortement injectés.

Ganglions inguinaux rouges, congestionnés, tuméfiés.

En décollant le péritoine de la fosse iliaque et du petit bassin, on trouve les ganglions de la chaîne iliaque externe notablement hypertrophiés, enflammés, avec de petits foyers purulents. Le tissu cellulaire autour des ganglions est peu modifié.

Poumons légèrement engoués à leur base.

Rien aux autres organes.

Ici l'abcès ganglionnaire iliaque peut sembler la cause déterminante de la péritonite, cependant la congestion prononcée des anses intestinales et de l'épiploon fait faire des réserves.

Dans l'observation précédente, l'origine semble beaucoup plus certaine.

OBSERVATION VII

(Clerc, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*
1868, n° 5, obs. I.)

Homme de trente-deux ans, boulanger. Bubon volumineux de l'aîne gauche consécutif à un chancre du limbe du prépuce; ce bubon est en voie de résolution quand se déclare un érysipèle de la plaie. Puis surviennent des vomissements; le ventre est ballonné, peu douloureux. Intelligence conservée. Mort en trente-six heures.

Autopsie. — Péritoine couvert de fines granulations. Peu de météorisme; un peu de sérosité trouble.

Adhérences très fortes du péritoine sur les ganglions iliaques, rendant la dissection au bistouri nécessaire. Parmi ces ganglions, un seul situé contre l'orifice interne du canal crural est suppuré; les autres seulement engorgés.

Organes thoraciques sains.

OBSERVATION VIII

(Clerc, *loc. cit.*, obs. II.)

Homme de vingt-quatre ans, présentant un énorme bubon inguinal droit développé depuis deux mois, sans lésion apparente des organes génitaux externes, trois semaines après une nuit passée dans une maison publique.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, incision : issue de beaucoup de pus.

Le troisième jour, érysipèle.

Le quatrième jour, douleur dans la fosse iliaque droite.

Le cinquième jour, les douleurs augmentent. Vomissements, météorisme, etc. Quatre jours après, mort.

Autopsie. — Météorisme, beaucoup de sérosité louche dans les parties déclives. Six ganglions iliaques engorgés, non suppurés, sur lesquels le péritoine est très adhérent. Ganglions inguinaux suppurés et fondus en une seule masse.

Ces deux cas de péritonite paraissent bien relever de la lésion ganglionnaire iliaque ; mais dans le dernier l'origine du bubon n'est pas certainement chancrelleuse.

OBSERVATION IX

(Lereboullet, *Gazette hebdomadaire de médecine*,
1870, p. 34.)

Homme de vingt-quatre ans. Adénite inguinale chronique ne paraissant pas vénérienne. Péritonite. Mort.

Autopsie. — Lésions de péritonite... ganglions iliaques suppurés.

Nous ne retiendrons pas cette observation où l'origine de la péritonite n'est pas établie, et où l'adénite ne paraît pas de nature vénérienne.

Telles, sont brièvement résumées, les 9 observations de péritonite consécutive à des bubons inguino-iliaques, qui nous ont paru le plus dignes de retenir l'attention. En les discutant sévèrement, on

peut en éliminer 3 comme n'apportant pas de preuves suffisantes (obs. I, VI, IX).

Il en reste ainsi 6 (dont 5 relèvent plus ou moins certainement la nature chancreuse du bubon) qui sont, selon toute vraisemblance, convaincantes.

Nous disons *selon toute vraisemblance*, car malheureusement ces observations sont déjà anciennes, et datent d'une époque où l'étiologie des péritonites n'était pas encore éclairée par les notions que nous possédons aujourd'hui sur les diverses affections des organes abdominaux, entre autres sur l'appendicite.

Il nous semble cependant légitime de conclure que la péritonite est une complication, exceptionnelle mais reconnue, des bubons iliaques.

DIAGNOSTIC

1° *Diagnostic positif.* — Le diagnostic de bubon iliaque se fera par l'ensemble des signes que nous avons décrits, notamment par les caractères de la tumeur perçue à la palpation.

2° *Diagnostic différentiel.* — Aucune affection ne semble devoir prêter à confusion avec un bubon iliaque. Cependant, dans une de nos observations (obs. XXXIII), la tuméfaction fluctuante étant très superficielle, on avait cru qu'il s'agissait d'une adénite sus-crurale superficielle, formée aux dépens de ganglions aberrants. Le diagnostic ne fut rétabli que pendant l'intervention, lorsqu'on se vit arrivé sur l'aponévrose du grand oblique sans avoir rencontré de collection.

3° *Diagnostic du siège.* — Il est possible, dans un quart des cas environ, de connaître cliniquement le siège de l'adénite d'après sa situation par rapport aux vaisseaux iliaques externes. Comme nous l'avons déjà expliqué, l'artère bat en dedans de la tumeur, si celle-ci est constituée aux dépens du ganglion

rétro-crural externe ; elle bat en dehors s'il s'agit du rétro-crural interne.

4° *Diagnostic étiologique.* — Dans la grande majorité des cas, l'existence simultanée du bubon iliaque avec un bubon inguinal et avec un chancre mou siégeant sur les organes génitaux externes, permet de trancher ce diagnostic. Cependant, il peut se faire qu'il existe en même temps qu'un chancre mou, une adénopathie inguino-iliaque d'une autre origine, tuberculeuse par exemple.

Dans d'autres cas, il n'y a pas de chancre mou dans les antécédents du malade. On trouve alors comme origine du bubon, soit la syphilis, soit la blennorrhagie, soit une plaie du membre inférieur, soit enfin la tuberculose.

De ces différentes éventualités, nous avons relevé quelques cas, dont nous avons cru devoir publier la relation à la suite de nos observations de bubons chancrelleux. Ces cas sont au nombre de 5 :

Dans le premier (obs. LI), il s'agit d'un malade venu une première fois à l'hôpital pour un chancre du méat datant de vingt jours, et induré au moment de l'entrée dans le service. Quatre mois après, il eut des accidents secondaires, roséole, plaques muqueuses, et en même temps, du côté droit, une pléiade de ganglions durs, roulant sous le doigt, du type des adénites spécifiques.

Il revient ensuite dans le service un an après le début de son chancre ; il est porteur à ce moment

d'une adénite droite suppurée et fistulisée, avec, en même temps, un ganglion iliaque hypertrophié. On l'opère de cette double adénite.

S'agit-il d'un bubon syphilitique suppuré ? Ce genre de bubon est très rare ; et de plus les ganglions inguinaux, examinés après l'extirpation, présentent tout à fait le type chancrueux.

S'agit-il donc d'un bubon chancrueux ? Mais alors, quand le malade a-t-il eu son chancre mou ? Car il nie avoir eu un autre chancre que celui pour lequel il a été soigné lors de son séjour à l'hôpital. On est obligé d'admettre que le malade a eu un chancre mixte ; le chancre était induré au moment de l'entrée dans le service, mais il pouvait ne l'être que depuis peu, et avoir été d'abord un chancre simple, pendant les vingt jours qui ont précédé l'admission à l'hôpital.

Dans deux autres observations (obs. LII et LIII) il s'agit de bubons inguino-iliaques suppurés d'origine blennorrhagique.

Le malade de l'observation LIV présente aussi une discussion intéressante au sujet du diagnostic. C'est un malade porteur d'un chancre mou, mais en même temps ancien pottique, et suspect de tuberculose pulmonaire. De quelle nature sont ses ganglions ? L'examen des pièces montra leur nature bacillaire.

Enfin l'observation LV se rapporte à un malade dont les anamnestiques sont encore plus compliquées : il n'a eu ni chancrelle, ni chancre induré ; mais il a

eu une blennorrhagie il y a douze ans, et a gardé une goutte matinale. Il est sujet aux bronchites ; c'est un toussueur ; il est suspect de bacillose. Enfin il a eu, trois semaines avant son adénite, une plaie du membre inférieur du même côté.

Laquelle de ces trois étiologies possibles doit-on adopter ? L'examen des pièces fut pour la nature tuberculeuse.

On voit par la discussion de ces cas, qu'il n'est pas toujours facile de porter un diagnostic étiologique certain.

C'est dans de tels cas que les moyens de laboratoire peuvent éclairer le diagnostic.

La recherche du streptobacille de Ducrey, directement, ou surtout par culture, est très difficile, et ne donne souvent que des résultats négatifs, même alors que la nature chancrelleuse du bubon est certaine.

L'inoculation au malade même, du pus ganglionnaire, donne des résultats plus rapides. Elle se pratique généralement au bras.

Enfin, si on soupçonne la tuberculose, on s'éclairera par la recherche du bacille de Koch, par les inoculations au cobaye, et par l'examen histologique des lésions.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE

I. — INDICATIONS

Dès 1869, M. Léon Labbé écrivait : « Dans certains cas d'empâtement profond de la fosse iliaque, de fluctuation douteuse de cette région, on pourrait être autorisé à aller, à l'aide d'incisions convenables, rechercher le pus dans la profondeur de la région, afin de s'opposer à la propagation de l'inflammation à la séreuse abdominale. »

Aujourd'hui, quoique cette extension au péritoine nous semble exceptionnelle, nous disons :

• *Il est de règle de pratiquer l'extirpation chirurgicale des ganglions iliaques toutes les fois qu'ils sont volumineux.*

Leur principal inconvénient est, ainsi qu'il ressort de cette étude, d'empêcher la guérison des bubons inguinaux ; et cela suffit à justifier leur extirpation.

D'ailleurs, comme ils coïncident toujours avec des bubons inguinaux volumineux et suppurés, qui réclament eux-mêmes une cure chirurgicale radicale, il est tout indiqué d'en profiter pour enlever du même

coup, et le plus souvent par la même incision cutanée, le bubon iliaque.

II. — TECHNIQUE

En principe, il est préférable d'extirper par la même incision cutanée le bubon iliaque et le bubon inguinal. C'est là l'intervention-type que nous aurons en vue dans notre description.

Cependant, il est quelquefois indiqué de faire séparément les deux ablations : c'est le cas lorsque le bubon inguinal est excessivement volumineux et suppuré, et surtout quand il est fistulisé. Nous reviendrons ultérieurement sur cette éventualité.

Extirpation du bubon iliaque et du bubon inguinal par une incision unique.

Le malade est anesthésié au chloroforme. La peau désinfectée au chloroforme iodé.

L'incision habituelle est une incision en S très allongée, dont la boucle supérieure est au-dessus de l'arcade crurale, et la boucle inférieure en dessous, tandis que la branche intermédiaire court en dessous de l'arcade, parallèlement à elle, ou un peu plus verticale. On a ainsi tracé une incision qui présente une double courbure : en haut, une courbure à concavité supéro-interne, dont la dissection permettra de relever un lambeau supéro-interne qui découvrira la paroi du canal inguinal ; en bas, une courbure à con-

cavité inféro-externe, au niveau de laquelle on découvrira les ganglions du triangle de Scarpa.

Une autre incision est également à recommander : c'est une incision parallèle à l'arcade crurale, mais courbe, à convexité inférieure.

En disséquant la lèvre supérieure, on taille un lambeau dont la base répond à l'arcade, et dont le sommet descend à quelques centimètres en dessous. Cette incision, qui a été pratiquée sur plusieurs de nos malades, est identique à celle que préconise M. Gosset (*Journal de Chirurgie*, 1909).

Quelle que soit l'incision pratiquée, on arrive, après avoir sectionné la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, sur l'aponévrose du grand oblique. On sectionne alors transversalement la paroi antérieure du canal inguinal, formée par les fibres inférieures des muscles larges de l'abdomen.

On relève ensuite le cordon en haut, pour se frayer un passage en dessous de lui, et, en décollant le péritoine, on arrive sur les vaisseaux iliaques au-devant desquels est la masse ganglionnaire. Souvent il est nécessaire de sectionner après ligature les vaisseaux épigastriques.

A ce moment commence l'extirpation proprement dite des ganglions ; elle a recours à des procédés divers, suivant l'état de ces ganglions.

Lorsque ceux-ci sont simplement hypertrophiés, et quand la péri-adénite est légère ou nulle, on extirpe les ganglions par arrachement avec le doigt ou la sonde cannelée.

Mais lorsque les ganglions sont adhérents, on les enlève aux ciseaux par morcellement, ou à la curette, et souvent on est obligé de laisser une partie de leur coque pour ne pas risquer de blesser les vaisseaux. Si les ganglions sont très ramollis et suppurés, il peut arriver qu'ils se rompent pendant l'extirpation. On tamponne soigneusement le pus avec des compresses, on fait un lavage à l'eau phéniquée forte, et au besoin on met un drain.

De même lorsqu'on rencontre un abcès collecté de péri-adénite.

L'extirpation terminée, on reconstitue la paroi en deux plans : un plan musculo-aponévrotique suturé au catgut, et les téguments suturés au crin de Florence.

On pratique ensuite l'ablation des ganglions inguinaux, autant que possible en une seule masse, par le procédé de la bascule externe.

III. — VARIANTES

1^o Pour pratiquer l'ablation simultanée des ganglions inguinaux et iliaques, il est quelquefois préférable de commencer par les inguinaux. On les enlève alors à l'aide d'une incision verticale au niveau du triangle de Scarpa ; puis on enlève les ganglions iliaques par une incision parallèle à l'arcade crurale, et se branchant en T sur la précédente ;

2^o Dans une autre série de cas, lorsque les ganglions

inguinaux sont très suppurés ou fistulisés, il est recommandé de faire deux opérations distinctes, afin d'éviter d'infecter la fosse iliaque.

On enlève donc les ganglions iliaques d'abord par une incision parallèle à l'arcade. Puis, après avoir refermé la plaie opératoire, on pratique l'ablation des ganglions inguinaux par le procédé habituel.

IV. — DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES. — ACCIDENTS

Dans les cas à péri-adénite accentuée, il peut être très difficile de relever le cordon pour passer au-dessous de lui. On est alors obligé d'en faire la dissection au bistouri.

De même pour le décollement du péritoine : dans deux cas, il s'en est suivi une légère déchirure de la séreuse, qui d'ailleurs, suturée immédiatement, n'a donné lieu à aucune complication post-opératoire.

Au moment de l'ablation des ganglions, il peut se faire que certains se déchirent et déversent un peu de pus dans la plaie opératoire : lavage à l'eau phéniquée forte, et au besoin, drainage.

Il peut enfin se produire des accidents du côté des vaisseaux iliaques externes.

Dans un cas, les vaisseaux épigastriques ayant été coupés trop près de leur origine, une première ligature, tirée en enlevant la pince, arrache l'origine de la veine épigastrique, et il faut pratiquer une véri-

table suture latérale de la veine iliaque externe (obs. XLVIII).

Dans une autre intervention, chez un ancien pot-tique, il se produisit une petite plaie oblique de l'artère iliaque externe, mesurant 1 mm. 1/2. On pratiqua la suture latérale.

V. — SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont généralement bonnes, et les malades quittent le service après un temps relativement court, de dix-huit jours à un mois, en moyenne.

La guérison est en général définitive ; nous avons revu plusieurs de nos malades, et ils étaient dans un parfait état, tant au point de vue de leur fosse iliaque qu'au point de vue de la solidité de leur cicatrice.

Quelquefois cependant, la cicatrisation est lente à se produire, et plusieurs de nos malades sont partis à l'Asile des Convalescents de Vincennes avec leur plaie incomplètement fermée.

Un autre de nos malades présenta, huit jours après l'opération, un œdème considérable de la verge et du scrotum, puis, trois jours après, un érysipèle des téguments de la paroi abdominale.

Enfin, un malade, dont nous avons déjà parlé, dut être opéré une seconde fois à la suite de la formation du tissu scléreux cicatriciel dans la région inguino-iliaque.

OBSERVATIONS

Les observations suivantes ont été colligées par nous dans le service de M. Michon, à l'hôpital Cochin-Annexe.

Étant donné leur nombre, nous n'avons cru devoir publier intégralement que les plus caractéristiques.

OBSERVATION I

H... Pierre, vingt-six ans, mécanicien. Entré le 30 octobre 1911, pour un bubon inguinal ayant débuté il y a six semaines, et qu'il a traité chez lui par des compresses chaudes.

Il a eu un chancre mou il y a deux mois; on n'en peut préciser le siège. En outre, blennorrhagie, il y a douze ans, ayant laissé une goutte chronique. Orchite il y a sept ans. Pas de syphilis.

Examen. — Grosse masse ganglionnaire inguinale droite.

Dans la fosse iliaque de ce même côté, on sent une masse arrondie, dure, du volume d'une noix, située en dedans du foyer des battements artériels.

4 novembre. — *Opération* (M. Michon). — Incision courbe, haute par son extrémité externe, basse par l'interne.

1^o Incision du canal inguinal. Relèvement du cordon en haut. Ligature des vaisseaux épigastriques. Ablation du ganglion rétro-crural interne, de la taille d'une petite noix, ramolli; on l'enlève par morcellement;

2^o Ablation des ganglions inguinaux par le procédé de la bascule externe.

Examen de la pièce. — Les ganglions inguinaux et le ganglion iliaque sont farcis d'abcès miliaires et présentent le type des adénites génitales.

Inoculation au bras, du pus ganglionnaire iliaque.

8 novembre. — Inoculation positive.

La plaie laisse sourdre un écoulement séro-sanguinolent.

9 novembre. — On sent la saphène dans la moitié supérieure de la cuisse sous forme d'un cordon induré. Pas d'œdème.

11 novembre. — Ces phénomènes ont disparu.

Sort le 30 novembre, plaie complètement cicatrisée.

OBSERVATION II

F... Julien, vingt-six ans, maçon. Entré le 25 décembre 1911.

Chancre mou de la moitié gauche du sillon balano-préputial, ayant débuté il y a un mois et demi, et cicatrisé depuis trois semaines.

Bubon inguinal gauche depuis un mois, se présentant sous la forme d'une grosse masse ovale, du volume d'un œuf de canard, orientée dans le sens vertical, et non fluctuante.

Dans la fosse iliaque gauche, on sent un petit ganglion dur, mobile, paraissant externe par rapport à l'artère.

6 janvier 1912. — *Opération* (M. Michon). — Incision unique, en S.

1° Incision du canal inguinal. Le cordon est relevé, les muscles coupés un peu en dehors. Ablation du ganglion sus-crural externe, du volume d'une amande, assez mobile dans le tissu grasseux, et recouvrant en partie l'artère iliaque externe. Pas de ligature des vaisseaux épigastriques. Suture de la paroi sans drainage;

2° Ablation des ganglions inguinaux par bascule externe. Sort le 9 février, parfaitement cicatrisé.

OBSERVATION III

R... Joseph, vingt-quatre ans, peintre. Entré le 22 juin 1911.

Chancre mou de la face interne du prépuce, sur le dos de la verge, il y a deux mois, et aujourd'hui cicatrisé. Bubon inguinal depuis trois semaines.

Examen. — Bubon inguinal droit volumineux, à peau rouge, mais sans aucun point fluctuant.

Le malade présente un léger degré de flexion de la cuisse sur le bassin.

Très grosse masse ganglionnaire iliaque droite, étalée transversalement au-dessus de l'arcade, adhérente, non fluctuante. Le malade accuse une légère douleur à la palpation.

26 juin. — Bubon inguinal encore plus volumineux, avec fluctuation très nette. Peau rouge, luisante, tendue.

29 juin. — Ponction, incision, lavage au sublimé et injec-

tion de vaseline iodoformée, suivant la méthode de Virgalitta (bubon inguinal).

1^{er} juillet. — Virgalitta.

10 juillet. — Opération (M. Michon). — 1^o Incision unique, se rapprochant à peu près de la verticale, légèrement convexe en bas. Section des muscles, relèvement du cordon, décollement du péritoine.

Ablation des ganglions iliaques ; tumeur du volume d'un œuf de dinde, par fusion des ganglions situés en dehors de l'artère et en dedans de la veine, qui forment ainsi un croissant en avant des vaisseaux entre lesquels ils insinuent un prolongement. Beaucoup de péri-adénite.

Extirpation difficile par morcellement, notamment pour les ganglions adhérents à la veine iliaque.

A la suite de cette extirpation, décollement considérable du péritoine qui forme une grande cavité descendant plus bas que le détroit supérieur ;

2^o Extirpation des ganglions inguinaux. Ils forment une masse volumineuse, de la taille d'un poing, et suppurée. Un abcès s'ouvre au cours de l'intervention. Même adhérence des ganglions aux vaisseaux. La bascule externe ne réussit qu'incomplètement ; on aborde encore la masse ganglionnaire par en bas, et, après section de la veine saphène, l'adénite est enlevée en un bloc.

Suture de la paroi musculo-aponévrotique en un plan, au catgut.

Drainage de la fosse iliaque par l'anneau crural.

15 juillet. — Drain enlevé.

Le malade sort le 7 août 1911 en bon état.

Nous avons revu ce malade le 13 avril 1913 ; la fosse iliaque

est parfaitement souple. La cicatrice est solide et presque invisible.

OBSERVATION IV

G... Vital, vingt-six ans, serrurier. Entré le 2 janvier 1911

Chancre mou du fourreau il y a trois semaines. Bubon inguinal double, très léger, formé de quelques ganglions très mobiles à droite ; à gauche de quelques ganglions adhérents.

Adénite iliaque double, volumineuse si on la compare à l'adénite inguinale.

7 janvier. — *Opération* (M. Michon). — Du côté gauche : 1^{re} incision légèrement convexe en bas. Ablation des ganglions inguinaux par bascule externe sans ligature de la saphène ; 2^o Incision de la paroi antérieure du canal inguinal ; relèvement du cordon ; ligature des vaisseaux épigastriques. Ablation de deux ganglions avec péri-adénite, situés l'un en dedans, l'autre en avant de la veine iliaque externe. Ils sont chacun de la taille d'une amande verte. Drainage de la fosse iliaque. Suture de la paroi au catgut.

Du côté droit : ablation de quelques ganglions inguinaux, puis, incision de la paroi antérieure du canal inguinal. Refoulement du cordon en haut ; ligature des vaisseaux épigastriques. Il existe un gros ganglion suppuré avec péri-adénite, couché transversalement en avant des vaisseaux et les débordant. Il adhère à la veine, il s'écrase par la pression. Ablation d'un autre ganglion, situé en dedans de la veine.

Examen des pièces. — Ganglions iliaques remplis de petits

abcès miliaires ayant l'aspect de ganglions de chancre mou, et nullement de ganglions tuberculeux. Inoculation au bras.

12 janvier. — Inoculation positive.

Sort le 7 février.

OBSERVATION V

C... Henri, vingt-neuf ans, palefrenier. Entré le 22 mars 1909.

Chancre mou, constaté le 6 janvier, rapidement guéri dans le service de M. Queyrat. Bubon inguinal droit dès cette époque, incisé à trois reprises.

Entre le 22 mars, bubon inguinal droit, fistulisé.

De plus, le malade accuse des douleurs intermittentes dans la fosse iliaque droite, et irradiant vers le triangle de Scarpa. Il n'étend pas complètement la cuisse sur le bassin. On sent une masse iliaque volumineuse.

24 mars. — *Opération* (M. Michon). — Incisions combinées, une verticale et l'autre parallèle à l'arcade :

1° Extirpation de la masse inguinale. Beaucoup de péri-adénite. Le ganglion de Cloquet est pris ;

2° Incision de l'aponévrose du grand oblique. Ouverture du canal inguinal ; relèvement du cordon en haut. Décollement de la fosse iliaque facile. Ablation de deux ou trois petits ganglions situés le long de l'artère, et de deux ganglions du côté de la veine, l'un profond peu adhérent ; l'autre adhérent, de la grosseur d'une petite noix.

Suture au catgut. Drains et mèches dans la fosse iliaque.

Quelques sutures au catgut sur la partie musculaire externe de la plaie.

Examen des pièces. — Même les ganglions iliaques les plus élevés contiennent des abcès miliaires en abondance. Ces abcès sont même plus développés dans les ganglions iliaques que dans les inguinaux.

Inoculation au bras.

29 mars. — Inoculation positive.

Sort le 24 avril en excellent état.

OBSERVATION VI

Ch... Louis, livreur, vingt-trois ans. Entré le 28 mars 1909

Chancre mou il y a trois semaines, guéri en huit jours par des applications de pommade au calomel.

Double bubon inguinal, apparu peu après la guérison du chancre.

Ganglions iliaques peu volumineux, des deux côtés.

1^{er} avril 1909. — *Opération* (M. Michon). — Chloroforme.

Désinfection de la peau à la solution chloroformique d'iode.

Extirpation du bubon inguinal droit. Le ganglion de Cloquet est absent. Ensuite, on extirpe à travers l'anneau crural un ganglion iliaque, gros comme une petite noix, avec un foyer suppuré gros comme un pois. Lavage à l'eau phéniquée. Drainage.

A gauche, curetage des ganglions superficiels, sans toucher aux profonds ni aux ganglions inguinaux iliaques. Suture avec drainage.

Le sujet est très maigre, sans la moindre trace de tissu adipeux, ce qui a rendu possible l'ablation du ganglion iliaque à travers l'anneau crural.

6 avril. — Gros hématome. Désunion de la plaie, ablation du caillot ; rien ne saigne ; suture avec drain.

31 avril. — A la sortie du malade, il reste à droite une petite plaie linéaire, non cicatrisée. On ne sent pas de ganglions.

A gauche, cicatrisation complète, mais on sent des ganglions inguinaux gros et mobiles, ainsi que le ganglion iliaque, encore très gros, comme un œuf de pigeon.

OBSERVATION VII

G... Joseph, vingt-quatre ans, verrier. Entré le 13 mai 1909. Blennorragie il y a un mois. Nie avoir eu un chancre, cependant on relève une cicatrice sur la face inférieure du gland, à gauche du filet.

Bubon inguinal gauche volumineux et suppuré.

Ganglions iliaques du même côté. Le malade accuse une sensation de pesanteur dans la fosse iliaque.

29 mai. — *Opération* (M. Michon) — Chloroforme. Teinture d'iode sur la peau. Incision verticale pour l'extirpation des ganglions inguinaux en une seule masse.

Ensuite, pour l'extirpation des ganglions iliaques, incision parallèle à l'arcade se branchant en T sur la précédente. Cordon relevé en haut. Décollement du péritoine facile. Ablation du ganglion rétro-crural interne du volume d'un œuf de poule, qui s'écrase en ce moment. Puis ablation du rétro-crural externe et d'un ganglion situé au dessus de lui. Les vaisseaux sont dénudés sur une longueur de plusieurs centimètres.

Suture de la paroi musculaire au catgut : 1 drain iliaque, 1 drain crural. Suture de la peau au crin.

Examen des pièces. — Les ganglions inguinaux, le Cloquet et les ganglions iliaques sont remplis d'abcès miliaires. Inoculation au bras.

4 juin. — Inoculation positive.

Renvoyé le 3 juillet pour violences. Plaie complètement fermée.

OBSERVATION VIII

E... Antoine, dix-sept ans, employé. Entré le 17 juillet 1909.

Chancre il y a cinq semaines, de siège inconnu. Début de l'adénite il y a un mois, ayant augmenté pendant huit jours, puis restée stationnaire. C'est une adénite gauche dure adhérente, non suppurée du volume d'une mandarine. On sent des ganglions iliaques.

A droite il y eut un début d'adénite au même moment, mais elle est actuellement disparue.

21 juillet. — *Opération* (M. Michon). — 1° Extirpation des ganglions inguinaux superficiels et profonds; 2° extirpation du sus-crural externe, par une incision spéciale. Cette ablation est facile. Ensuite extirpation d'un autre ganglion, volumineux, interne, adhérent à la veine. Au-dessus de lui, on sent encore des ganglions laissés en place

Suture de la paroi au catgut. Drain iliaque.

Sorti le 9 août incomplètement cicatrisé.

OBSERVATION IX

S... Alfred, vingt-deux ans, électricien. Entré le 15 juillet 1909.

Bubon inguinal droit, ayant débuté en fin mai. Chancre mou du filet, un mois avant. On sent également des ganglions iliaques.

28 juillet.— *Opération* (M. Michon).— 1^{re} Incision au-dessus de l'arcade crurale. Décollement du péritoine difficile. Ablation du ganglion sus-crural externe de la taille d'une amande, et du ganglion sus-crural interne, de la taille d'un œuf de poule, tous les deux ramollis. Le rétro-crural interne adhéraît à la veine. Issue d'un peu de pus.

Ces ganglions enlevés, on sent plus profondément, dans le petit bassin, bien plus bas et plus en dedans que la veine iliaque externe, un ganglion de la taille d'une amande, que l'on laisse en place. (Il paraît s'agir du ganglion obturateur.)

2^e Deuxième incision, parallèle à la précédente, au niveau du triangle de Scarpa, pour l'ablation des ganglions inguinaux.

Sort le 9 août, cicatrisé.

OBSERVATION X

P.-S... Adolphe, trente ans, charretier, entré le 4 janvier 1910.

Chancre mou du frein au début de novembre 1909. Bubon huit jours après.

Actuellement bubon droit, à peau rouge, et fistulisé.

Ganglions iliaques.

22 janvier 1910. — *Opération* (M. Michon). — 1° Incision de la paroi antérieure du canal inguinal. Le cordon est relevé en haut ; ligature des vaisseaux épigastriques. Ablation de trois ganglions mobiles, non suppurés, en avant de l'artère iliaque externe. Ablation par morcellement du ganglion rétro-crural interne. Il contient des abcès miliaires. Inoculation au bras.

Mèche à l'ektogan. Drain.

2° Ablation des ganglions inguinaux fistulisés par une incision parallèle à l'arcade crurale, et indépendante.

25 janvier. — Inoculation positive.

Sort guéri le 19 février.

OBSERVATION XI

A... Numa, vingt ans ans, garçon de café. Entré le 31 janvier 1910.

Chancre mou de la rainure balano-préputiale, du côté droit, ayant débuté il y a trois semaines. Début de l'adénite au même moment. Actuellement grosse masse ganglionnaire droite, suppurée, du volume d'une mandarine.

Wassermann négatif.

Dans la fosse iliaque, ganglion rétro-crural interne de la taille d'une petite noix.

4 février. — Chancre cicatrisé.

5 février. — *Opération* (Michon). — 1° Incision au-dessus de l'arcade crurale ; ouverture du canal inguinal ;

refoulement du cordon en haut. Ligature des vaisseaux épi-gastriques.

Ablation du sus-crural externe, mobile, et peu hypertrophié (gros haricot.) Le rétro-crural interne, adhérent à la veine, est enlevé, mais en laissant une partie de sa coque fibreuse en place. Drain.

2° Ablation des ganglions inguinaux par la même incision.

Examen des pièces. — Les ganglions enlevés, iliaques et inguinaux sont durs, lardacés, sans abcès à l'intérieur, sauf un ou deux petits points blanchâtres du volume d'un grain de millet.

Inoculation au bras.

8 février. — Inoculation négative.

10 février. — On enlève le drain.

14 février. — On retire les fils. Cicatrisation par première intention.

23 février. — Le malade sort guéri en dix-huit jours et présentant une très bonne cicatrice.

Revu ce malade le 13 avril 1913, excellent état.

OBSERVATION XII

B... Eugène, vingt et un ans, cuisinier. Entré le 25 avril 1910.

Chancre du filet en fin février. S'est aperçu du bubon il y a quinze jours.

Bubon inguinal droit. Masse dans la fosse iliaque en dehors des vaisseaux.

Opéré le 29 avril (M. Michon). Chloroforme. Chloroforme

iodé sur la peau : 1^{re} incision convexe en bas. Lambeau cutané décollé de façon à mettre à nu la paroi externe du canal inguinal. Refoulement du cordon en haut. Ablation d'un ganglion gros comme une amande situé en dehors et empiétant largement sur l'artère iliaque externe. Il est très adhérent, et son extirpation est difficile. Suture musculo-aponévrotique au catgut ;

2^o Ablation des ganglions inguinaux par le procédé habituel.

Inoculation au bras.

2 mai. — Inoculation négative.

Sort le 23 mai en parfait état.

OBSERVATION XIII

M... Léonard, trente-trois ans, employé au gaz. Entré le 27 juin 1910.

Chancres mous multiples, petits, siégeant sur la moitié gauche du sillon. Adénite inguinale gauche de la taille d'un petit œuf. On sent dans la fosse iliaque le ganglion rétro-crural interne.

2 juillet. — *Opération* (M. Michon). — 1^o D'abord extirpation du ganglion rétro-crural interne par incision du canal et relèvement du cordon en haut. Le ganglion, de la taille d'une amande, est ramolli. Au-dessous de lui, dans le bassin, un deuxième ganglion ramolli est enlevé à la curette ;

2^o Ablation des ganglions inguinaux par la même incision cutanée légèrement en S...

Examen des pièces. — Le rétro-crural interne contient des

abcès miliaires peu nombreux, perdus au milieu du tissu ecchymotique.

Inoculation au bras.

6 juillet — Inoculation positive.

8 août. — Le malade part à Vincennes.

OBSERVATION XIV

P... Daniel, vingt-six ans, garçon de magasin. Entré le 21 juillet 1910.

Quinze jours après des rapports, le malade ne peut plus découvrir le gland. Plusieurs ulcérations sur le pourtour du prépuce : type du chancre mou. Quelques jours après, le bubon apparaît à l'aîne droite.

Pas de ganglions iliaques.

22 juillet. — Ponction et injection de collargol.

2 août. — Circoncision.

Sort le 14 août.

Rentre le 15 septembre : bubon droit avec péri-adénite et fistulisé. Le malade accuse une douleur de la fosse iliaque avec irradiations lombaires (?). Masse ganglionnaire dans la fosse iliaque. De plus, bubon inguinal à gauche.

15 octobre. — *Opération* (M. Michon). — Du côté droit : 1^{re} incision au niveau du canal; ligature des vaisseaux épigastriques. Ablation du ganglion sus-crural interne, du volume d'une amande, adhérent à la veine iliaque externe; ablation du sus-crural externe, et ensuite, on enlève encore par arrachement un ganglion situé très profondément en dedans de la veine. Suture de la paroi au catgut. Drain ;

2° Ablation des ganglions inguinaux fistulisés par une incision spéciale.

Du côté gauche, ablation des ganglions inguinaux.

Examen. — Dans le ganglion rétro-crural interne, quelques petits abcès miliaires.

Sorti le 30 novembre, cicatrisé.

OBSERVATION XV

D... Pierre, vingt et un ans, garçon de café. Entré le 10 octobre 1910.

Double bubon depuis un mois. Chancre mou en fin août. On sent un ganglion dans la fosse iliaque droite.

24 octobre. — *Opération* (M. Michon). — A droite : 1° ablation du ganglion iliaque mobile, sans péri-adénite, situé en avant de la veine, et de la taille d'une amande. Réunion de la paroi sans drainage ;

2° Ablation des ganglions inguinaux par la même incision.

A gauche : ablation des ganglions inguinaux.

Sort le 16 novembre.

OBSERVATION XVI

Ad..., Gustave, dix-huit, maçon. Entré le 16 octobre 1910.

Chancre mou et balanite en janvier, celle-ci ayant eu des récidives constantes depuis ce moment. Bubon inguinal gauche depuis un mois, avec la peau rouge. Gros ganglion iliaque à gauche, paraissant externe par rapport à l'artère.

29 octobre. — *Opération* (M. Michon). — Procédé habituel: 1° le sus-crural externe est de la taille d'un marron d'Inde. Au-dessus de lui un petit ganglion comme une noisette. Suture de la paroi abdominale au catgut. Drain.

2° Ablation des ganglions inguinaux par une incision séparée.

Examen. — Ganglions farcis de petits abcès blanchâtres à peine ramollis.

Inoculation au bras.

2 novembre. — Inoculation négative.

Parti à Vincennes le 28 novembre

OBSERVATION XVII

F... Camille, dix-neuf ans, employé de bureau. Entré le 21 octobre 1910.

Chancre du fourreau en fin août. Bubon droit depuis un mois. Ganglions iliaques.

18 novembre. — *Opération* (M. Michon). — 1° Incision habituelle, passant au-dessous du cordon, etc. Le ganglion, de la taille d'une noisette, est situé en dedans et en avant de la veine iliaque qu'il recouvre.

Il contient un abcès de la taille d'un pois. Inoculation au bras et au cobaye. Fermeture de la paroi musculo-aponévrotique au catgut, et de la peau au crin;

2° Extirpation des ganglions inguinaux par une nouvelle incision qui circonscrit la fistule.

22 novembre. — Inoculation au bras négative.

Sort le 24 décembre. L'inoculation au cobaye n'a rien donné.

OBSERVATION XVIII

S... Edmond, dix-neuf ans, ébéniste. Entré le 18 novembre 1910.

Blennorrhagie il y a deux ans. Chancre mou du sillon il y a vingt jours. Bubon inguinal droit ayant débuté à peu près en même temps, et ouvert spontanément depuis hier. Ganglions iliaques très durs à la palpation. Celle-ci est un peu douloureuse.

10 décembre.— *Opération* (M. Michon).— 1^o Procédé habituel. Ablation de trois ganglions mobiles, en dehors de l'artère, et d'un ganglion suppuré avec beaucoup de péri-adénite, en dedans de la veine. En le détachant de l'anneau crural, il s'écoule du pus. Il est de la taille d'une petite noix et adhère intimement à la veine. On fait une sorte d'énucléation sous-capsulaire. Réfection de la paroi au catgut. Drainage ;

2^o Ablation des ganglions inguinaux fistulisés par une autre incision...

17 décembre. — Le malade présente une légère hématurie avec douleurs lombaires. Sort sur sa demande le 24 décembre.

OBSERVATION XIX

W... Victor, vingt-cinq ans, emballeur. Entré le 25 décembre 1910.

Il y a quatre ans, le malade a fait un séjour dans le service pour une blennorrhagie et un chancre mou qui se compli-

quèrent de bubon et d'orchite gauches. Le bubon fut incisé.

Hydarthrose il y a trois ans. Actuellement, le malade a commencé il y a quinze jours à ressentir des douleurs tout le long de sa jambe gauche, particulièrement au mollet et à la face interne de la cuisse. Rapidement, la marche et la station debout sont devenues impossibles; le malade déclare qu'avant ces quinze jours il était en bonne santé, qu'il n'a eu aucune plaie, aucune écorchure.

Le membre inférieur gauche est augmenté de volume, légèrement œdématié. Un lacis veineux sous-cutané se dessine, et la palpation révèle une élévation de la température locale. Sensation de tension; peu de douleur à la pression. On note la présence de ganglions inguinaux volumineux avec péri-adénite. De même, ganglions iliaques. A la partie supéro-interne du pli de l'aîne, cicatrice d'une suppuration ganglionnaire ancienne.

Un peu de liquide dans l'articulation du genou. Toucher rectal négatif. Le membre est mis en gouttière.

28 janvier 1911. — *Opération* (M. Michon). — 1^o Ablation des ganglions inguinaux;

2^o Incision du canal inguinal. Relèvement du cordon difficile, parce qu'il adhère à la masse ganglionnaire. Adhérences également du canal déférent, qui reste adhérent après sa réflexion aux vaisseaux et au détroit supérieur, au lieu de se laisser refouler avec le péritoine. Extirpation très pénible, par morcellement, des masses ganglionnaires en dehors et en dedans des vaisseaux. Ganglions extrêmement durs, chacun du volume d'une noix, avec péri-adénite.

Au point où elle entre en contact avec les ganglions, la veine iliaque externe présente une diminution de calibre et

une induration de ses parois, sur une longueur de 2 centimètres. On s'aperçoit qu'elle est thrombosée : une incision de sa paroi, en aval de la partie indurée, ne laisse écouler aucune goutte de sang.

L'artère épigastrique n'a pas été liée. Drainage.

Examen. — Les ganglions enlevés sont pour la plupart transformés en tissu scléreux sans abcès miliaires. Mais le plus volumineux des ganglions inguinaux contient trois masses blanchâtres et ramollies. L'examen histologique (M. Demanche) montre une inflammation chronique ; sclérose déjà avancée ; pas de cellules géantes.

20 février. — Le malade part à Vincennes. La plaie suppure encore légèrement.

Le malade rentre dans le service le 6 mars pour des douleurs du mollet gauche gênant la marche. Claudication légère.

Pas de liquide dans le genou ; pas de douleurs ni de craquements à l'occasion des mouvements de cette articulation.

A l'aîne gauche, on aperçoit, en plein milieu de la région, une tuméfaction en plaque, dure, bien limitée. Il y a encore une plaie de 4 centimètres environ au niveau de la ligne d'incision, qui donne à la pression un peu de sang et de pus.

Rien à l'auscultation des poumons.

14 mars. — Il y a toujours une induration considérable au niveau du triangle de Scarpa ; et de même dans la fosse iliaque.

Injectons de fibrolysine.

Sort le 25 mars sur sa demande.

Reçoit le 27 mars, deux jours après, se plaignant toujours des mêmes douleurs. L'état local est le même.

9 avril. — *Opération.* — Extirpation de tissu cicatriciel et de ganglions. La veine thrombosée est ouverte.

17 avril. — On retire fil et drain.

22 avril. — Réunion incomplète ; suintement séro-purulent abondant. Il existe un trajet irrégulier au-dessous de la ligne de réunion ; on y place un drain.

3 mai. — Fistule d'une profondeur de 5 centimètres.

5 juin. — La plaie ne suppure plus, mais la cicatrisation n'est pas absolument complète. Le malade sort sur sa demande.

Reçu le 13 avril 1913 en bonne santé générale et locale. N'a pas eu de récidives.

OBSERVATION XX

M... Léon, trente-deux ans, raffineur. Entré le 6 mars 1911.

Antécédents. — Deux blennorragies, la première il y a treize ans ; la seconde il y a huit mois.

Actuellement, méat très humide et suintant.

Adénite inguinale double depuis un mois. ramollie. Ganglions iliaques du côté droit.

Le malade dit n'avoir eu aucun chancre. On ne relève pas de cicatrice sur les organes génitaux.

11 mars. — *Opération* (M. Michon). — 1° Du côté droit, on commence par les ganglions iliaques. Incision courbe unique de la paroi, au-dessous du cordon. Ablation de trois ganglions de la taille d'une petite amande, en avant et en dehors de l'artère iliaque. Ils présentent un certain nombre d'abcès miliiaires perdus dans du tissu inflammatoire ;

2. Ablation des ganglions inguinaux par la même incision.

A gauche : ablation des ganglions inguinaux. Il n'y a pas de ganglions iliaques.

Inoculation au bras des ganglions iliaques.

15 mars. — Inoculation positive.

19 mars. — Œdème considérable de la verge et du scrotum.

21 mars. — Phlyctènes noirâtres sur la verge.

23 mars. — Érysipèle de toute la région hypogastrique, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et descendant jusque sur la partie supérieure des cuisses. Ulcérations de la verge. Température 40 degrés. Lavages à l'eau oxygénée. Pommade au collargol.

2 avril. — L'érysipèle est en train de régresser. L'œdème de la verge et des bourses, et les ulcérations de la verge, sont stationnaires. La température est tombée en lysis depuis le 1^{er}.

15 avril. — Érysipèle complètement disparu. Les plaies opératoires sont en voie de cicatrisation, mais, à gauche, il y a un petit décollement. L'œdème des bourses et les ulcérations sont en bonne voie.

Sort le 3 mai. Plaies cicatrisées. Encore un peu d'œdème. État général bon.

OBSERVATION XXI

L... Ernest, quarante-cinq ans, boulanger. Entré le 2 mars 1911.

Chancre du gland, face dorsale, il y a deux mois. Actuellement cicatrisé.

Bubon inguinal droit apparu huit jours après. De plus, un autre chancre est apparu après le premier, et présente les caractères de chancre induré. Roséole il y a quinze jours. On sent dans la fosse iliaque une masse ganglionnaire paraissant interne par rapport à l'artère.

11 mars. — *Opération* (M. Michon). — 1° Ablation d'un ganglion rétro-crural interne, recouvrant l'artère iliaque externe. Il est friable et contient des abcès miliaires. Suture de la paroi. Drainage. Inoculation au bras.

2° Ablation des ganglions inguinaux.

15 mars. — Inoculation négative.

Sorti le 2 avril.

OBSERVATION XXII

S... Georges, vingt ans, livreur. Entré le 3 avril 1911.

Chancre mou de la face interne du prépuce. Bubon inguinal droit ramolli. Ganglions iliaques.

8 avril. — *Opération* (M. Michon). — Incision courbe unique. Incision du canal inguinal. Le cordon est plongé au milieu d'un tissu cellulaire infiltré, et adhère à la paroi postérieure du canal et à la masse ganglionnaire iliaque. Libération du cordon, qui est relevé avec le péritoine.

Au cours de cette manœuvre un ganglion iliaque est ouvert.

Ablation : 1° d'un ganglion rétro-crural externe, plus gros qu'une noix, constitué par une masse molle farcie d'abcès miliaires; 2° d'un ganglion rétro-crural interne, de mêmes volume et aspect.

L'ablation de ces deux ganglions a été faite en conservant

en partie la coque ganglionnaire de façon à ménager les vaisseaux.

Légères déchirures du péritoine, suturées.

Ablation des ganglions inguinaux.

Inoculation du pus inguinal au bras gauche, et du pus iliaque au bras droit.

12 avril. — Inoculations négatives.

15 avril. — Phlébite du membre inférieur droit avec œdème généralisé du membre. Gouttière.

12 juin. — La phlébite n'a pas beaucoup diminué. L'œdème est encore très marqué, surtout à la cuisse. A l'aîne, plus de suppuration ; mais la cicatrisation est loin d'être terminée. Le malade sort sur sa demande.

OBSERVATION XXIII

L... Jean, trente-cinq ans, maçon. Entré le 24 avril 1911.

Chancre mou du frein en janvier. Bubon inguinal droit depuis mars. Ganglions iliaques.

28 avril. — *Opération* (M. Michon). — 1^o Incision courbe unique. Technique habituelle. Ganglion rétro-crural externe, du volume d'une amande ; ganglion rétro-crural interne du volume d'une noix, contenant tous deux les abcès miliaires typiques. Décortication facile.

2^o Ablation des ganglions inguinaux.

Drainage iliaque.

Inoculation des ganglions iliaques à gauche, inguinaux à droite.

2 mai. — Les deux inoculations sont positives. Sort le 20 mai.

OBSERVATION XXIV

B... François, quarante-trois ans, cocher. Entré le 5 juin 1911.

Chancres mous multiples par inoculation secondaire à la limite du prépuce. Début du bubon quelques jours après (à droite). Ganglions iliaques.

Le chancre a débuté les premiers jours de mai.

10 juin. — *Opération* (M. Michon). — 1° Incision unique en forme d'S.

Extirpation par le procédé habituel de deux ganglions sus-cruraux internes, de menu volume, à péri-adénite modérée. Pas d'adhérence aux vaisseaux iliaques.

2° Ablation des ganglions inguinaux en un bloc par bascule externe. Drainage iliaque ; drainage inguinal.

13 juin. — Inoculation négative.

Sort le 10 juillet.

OBSERVATION XXV

P... Henri, cinquante ans, limonadier. Entré le 15 juin 1911.

Chancre mou du frein en mai. Guéri en quatre semaines.

Bubon inguinal droit huit jours après. Bubon iliaque.

17 juin. — *Opération* (M. Michon). — Incision unique en S.

1° Ganglions iliaques : péri-adénite très marquée. Les ganglions adhèrent au cordon, notamment au canal déférent. Adhérence aussi à l'artère et à la veine iliaques, au-devant desquels les ganglions sont couchés, débordant en dedans

et en dehors. Section et ligature des vaisseaux circonflexes et épigastriques.

2° Ablation des ganglions inguinaux par bascule externe suivant le procédé habituel. Drainage iliaque et drainage inguinal.

Examen. — Les ganglions contiennent des abcès miliaires au milieu d'un tissu dense, scléreux.

20 juin. — Inoculation négative.

Sorti le 20 juillet.

OBSERVATION XXVI

D. L. Henri, vingt ans, garçon de magasin. Entré le 3 juillet 1911.

Chancres mous en couronné depuis trois semaines. Bubon à droite, non ramolli. Ganglions iliaques volumineux.

7 juillet. — *Opération* (M. Michon). — Incision unique, légèrement en S.

1° Ganglions iliaques : incision du canal inguinal ; relèvement du cordon qui est légèrement adhérent ; ligature des vaisseaux épigastriques. Ablation du ganglion rétro-crural externe, de la taille d'une petite amande, et du ganglion rétro-crural interne, de la taille d'un œuf de pigeon. Celui-ci, très adhérent, ne peut être enlevé que par morcellement aux ciseaux. Les deux ganglions ont absolument l'aspect des ganglions chancreux.

2° Ablation des ganglions inguinaux.

Attouchement de la fosse iliaque à l'eau phéniquée forte. Suture. Drainage.

10 juillet. — Inoculation négative.

Sorti le 29 juillet.

OBSERVATION XXVII

D... Émile, dix-huit ans, garçon de café. Entré le 15 juin 1911.

Blennorrhagie en 1909. Chancre induré en mars; salvarsan. Chancre mou le 15 mai (frein). Bubon droit quelques jours après, ayant actuellement le volume d'une grosse mandarine. Ganglions iliaques difficilement, mais pourtant nettement sentis.

A gauche : bubon inguinal suppuré et fistulisé.

Opéré le 10 juillet (M. Michon).

A droite : ablation des ganglions inguinaux par bascule externe.

Par la même incision, qui est presque verticale, ablation des ganglions iliaques. C'est le ganglion rétro-crural externe ; il est de la taille d'une petite noix, très mobile, et il est enlevé très facilement avec deux autres ganglions plus petits, également situés en dehors de l'artère iliaque externe. L'artère épigastrique, en dehors de laquelle on est passé, n'a pas été coupée.

Suture de la paroi musculo-aponévrotique sans drainage.

A gauche : ablation des ganglions inguinaux suppurés et fistulisés

11 juillet — Rétention complète d'urine.

Sort guéri le 31 juillet.

Reçu ce malade le 13 avril 1913 en parfait état.

OBSERVATION XXVIII

P... Joseph, trente ans, affûteur. Entré le 16 juin 1911.

Chancre mou du fourreau en fin avril, cicatrisé en six semaines. Double bubon inguinal en fin mai. On sent des ganglions iliaques à gauche.

Opéré le 15 juillet (M. Michon).

A gauche : ablation par une incision unique :

1° Du ganglion rétro-crural interne, de la taille d'une petite noix, suppuré et adhérent ;

2° Des ganglions inguinaux qui sont fistuleux.

A droite : ablation de ganglions inguinaux fistuleux. On laisse sans y toucher un ganglion iliaque de la taille d'un haricot.

5 août. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXIX

F... Joseph, vingt-sept ans, livreur. Entre le 22 juin 1911.

Le malade a déjà fait un séjour dans le service en mai-juin, pour un bubon consécutif à un chancre mou de siège non précisé, bubon amélioré par la méthode de Virgalitta.

Il revient avec une tuméfaction volumineuse du côté droit. Du même côté, ganglions iliaques.

28 juin. — Incision et curettage. Il reste encore, dans le fond, des ganglions adhérents et non suppurés.

15 juillet. — *Opération* (M. Michon). — 1° Par une incision spéciale au-dessus de l'arcade, ablation d'un ganglion rétro-

crural interne, ramolli, suppuré, plus que ne le sont d'ordinaire les ganglions chancreux, et avec péri-adénite très marquée. Eau phéniquée forte ;

2° Ablation des ganglions inguinaux à la curette : tamponnement à la gaze au peroxyde. Pas de réunion.

Sorti le 12 août en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XXX

R... Gaston, vingt-huit ans, garçon de café. Entré le 27 décembre 1911.

Chancre mou du sillon en fin octobre, ayant duré un mois et demi.

Bubon inguinal droit depuis le milieu du novembre.

Ganglions iliaques.

Opéré le 29 décembre (M. Michon). Incision unique en forme d'S.

1° Ablation des ganglions iliaques : l'un, rétro-crural interne, de la taille d'une petite noix ; l'autre rétro-crural externe, de la taille d'une noisette ; tous deux très adhérents.

2° Ablation des ganglions inguinaux en une seule masse par bascule externe.

Drainage iliaque. Drainage inguinal.

Sort guéri le 5 février 1912.

OBSERVATION XXXI

C... Henri, trente deux ans, garçon de café. Entré le 21 décembre 1911.

Bubon droit datant de trois semaines. Chancre mou du sillon depuis un mois. Le malade présente un léger degré de flexion de la cuisse sur le bassin, du côté droit. De ce côté, gros ganglions iliaques.

23 décembre. — Incision du bubon inguinal, donnant issue à un verre de pus jaunâtre, granuleux.

30 décembre. — *Opération* (M. Michon). — 1° L'adénite iliaque est d'un volume plus gros qu'un œuf de poule. On l'extirpe par une incision particulière au niveau du canal inguinal. Le ganglion rétro-crural interne est extrêmement volumineux, et est enlevé par morcellement. On achève l'extirpation de la coque aux ciseaux.

Le ganglion rétro-crural externe est plus petit, et enlevé par dissection.

2° Ablation des ganglions inguinaux.

Suture sans drainage.

Sort le 21 janvier en bonne voie de guérison.

Rentre le 9 février ; il est sorti de Vincennes le 4 ; le lendemain il remarque un œdème du membre inférieur droit. Celui-ci est actuellement considérable, rose, très marqué surtout à la cuisse, et forme un godet profond à la pression.

Pas de cordon veineux.

Sort le 23 février, après disparition progressive de cet œdème.

OBSERVATION XXXII

S... Aubin, vingt-cinq ans, maréchal. Entré le 15 février 1912.

Bubon droit datant de huit jours, à la suite d'un chancre mou du prépuce, actuellement presque cicatrisé. Ganglions iliaques.

Opéré le 17 février (M. Michon). Incision unique [en forme d'S.

Procédé habituel. — 1° Ablation d'un ganglion rétro-crural externe de la taille d'une amande, et d'un ganglion rétro-crural interne de la taille d'une noix. Peu de péri-adénite, mais ganglions friables, s'écrasant au cours de l'extirpation. Suture de la paroi au catgut. Drainage.

2° Ablation des ganglions inguinaux par bascule externe.

Sorti le 25 mars avec un état général bon et une plaie cicatrisée.

OBSERVATION XXXIII

R... Joseph, trente-quatre ans, garçon boucher. Entré le 7 mars 1912.

Chancre mou au début de septembre 1911. Bubon inguinal gauche extirpé dans le service le 8 février.

Revient actuellement pour un autre bubon, du côté droit, ayant débuté il y a quinze jours environ. Au niveau de la fosse iliaque droite il existe une saillie très volumineuse au-dessus de l'arcade crurale, et qui semble être au-devant de

la paroi. On pense à une adénite sus-crurale superficielle formée aux dépens de ganglions aberrants.

15 mars. — *Opération* (M. Michon). — Incision habituelle. On arrive sur l'aponévrose du grand oblique sans avoir rencontré de collection. Incision de la paroi antérieure du canal inguinal. On tombe immédiatement sur une collection suppurée qui a fusé dans le trajet inguinal. Issue assez abondante de pus. Ensuite on récline avec beaucoup de difficultés le cordon qui adhère à la masse suppurée, et on arrive ainsi jusqu'à un gros ganglion situé en avant des vaisseaux et les débordant en dehors, et qui leur adhère très intimement. Ablation de ce ganglion.

L'abcès péri ganglionnaire envoie un prolongement, en dehors dans la fosse iliaque externe. Lavage à l'eau phéniquée.

Tamponnement et drainage de la fosse iliaque.

On sent du côté du détroit supérieur, en dedans des vaisseaux, quelques ganglions durs, de la taille d'une noisette. Ils sont laissés en place.

Dans le triangle de Scarpa, on sent quelques ganglions durs, scléreux, reliquat d'une suppuration actuellement tarie. Ils sont également laissés en place.

Examen. — Le ganglion enlevé contient des abcès miliaires dont le plus gros a la taille d'un grain de chènevis, et paraissant tuberculeux. On fait deux inoculations au cobaye, et une inoculation au bras.

18 mars. — Inoculation au bras négative.

28 mars. — Suppuration prolongée. Pas de réunion par première intention.

9 avril. — Le malade sort guéri du côté droit. Mais à

gauche subsiste, à la partie interne de l'incision, un petit bourgeon charnu qui fait hernie entre les lèvres de la plaie.

15 mai. — Les deux inoculations au cobaye ont été négatives.

OBSERVATION XXXIV

D... Marius, trente-deux ans, tonnelier. Entré le 24 mars 1912.

Chancres mous multiples du sillon depuis un mois et demi. En même temps, blennorrhagie. Bubon gauche depuis trois semaines. Ganglions iliaques.

26, 27, 30 mars. — Ponctions du bubon inguinal.

10 avril. — Injection de vaseline iodoformée à 1/10 (méthode de Fontan).

26 avril. — *Opération* (M. Michon). — Trois ganglions gros comme une amande, en dehors des vaisseaux. Péri-adénite peu marquée ; ablation facile.

2^e Ablation des ganglions inguinaux.

Sort le 3 juin.

OBSERVATION XXXV

M... Joseph, vingt ans, garçon de café. Entré le 14 avril 1912.

Chancere mou du sillon en décembre 1911 ; bubon un mois après, incisé à cette époque.

De ce même côté (droit) ganglions iliaques.

30 avril. — *Opération* (M. Michon). — Procédé habituel.

Ganglions rétro-cruraux externe et interne. Péri-adénite rendant l'extraction difficile ; morcellement à la curette.

2° Ablation des ganglions inguinaux.

Sort le 28 mai.

OBSERVATION XXXVI

B... Léon, vingt-quatre ans, garçon de café. Entré le 10 avril 1912.

Chancres mous du gland depuis quinze jours, bubon droit apparu presque en même temps, volumineux. Ganglions iliaques.

17, 22, 29 avril. — Traitement par la méthode de Fontan.
9 mai. — *Opération* (M. Michon). — Procédé habituel.

1° Trois ganglions de la chaîne externe.

2° Ablation des ganglions inguinaux par la même incision.

Sort guéri le 1^{er} juin.

OBSERVATION XXXVII

H... Yves, trente-deux ans, valet de chambre. Entré le 25 avril 1912.

Chancre il y a deux mois. Bubon droit il y a trois semaines. Ganglions iliaques.

11 mai. — *Opération* (M. Michon). — Incision légèrement courbe. Dissection du lambeau supérieur :

1° Ablation par le procédé habituel, du ganglion rétro-crural interne, de la taille d'une noix, adhérent à l'anneau crural, mais non à la veine. Ablation du rétro-crural externe

sans ligature de l'épigastrique. Il est de la taille d'une noisette, avec péri-adénite.

Ces deux ganglions contiennent des abcès miliaires ;

2° Par la même incision, ablation des ganglions inguinaux.

Sorti le 4 juin.

OBSERVATION XXXVIII

B... Antoine, trente-trois ans, tailleur. Entré le 4 avril 1912.

Chancre il y a un mois. Bubon gauche il y a trois semaines. Ganglions iliaques.

6 avril. — Incision du bubon inguinal.

11 mai. — *Opération* (M. Michon). — 1° Incision au-dessous de l'arcade crurale, pour l'ablation des ganglions iliaques. Le ganglion rétro-crural externe est enlevé d'abord ; taille d'une petite amande, peu adhérent. Ensuite, ablation d'un petit ganglion mobile, couché sur l'artère, et du ganglion rétro-crural interne du volume d'un œuf de pigeon, très adhérent à l'anneau crural et à la veine. Il contient du pus qui fait issue dans la plaie ;

2° Ablation des ganglions inguinaux par une incision spéciale.

13 juin. — Induration au niveau de la fosse iliaque gauche. Sort le 17 juin.

OBSERVATION XXXIX

L... Jules, vingt-cinq ans, typographe. Entré le 1^{er} avril 1912.

Chancre mixte du sillon il y a deux mois. Bubon inguinal gauche ayant débuté quelques jours après.

5 avril. — Ponction.

8 avril. — Ponction.

10 avril. — Roséole. Bubon fistulisé. On sent des ganglions iliaques.

22 avril au 18 mai. — Douze piqûres de biiodure.

21 mai. — *Opération* (M. Michon). — 1^o Incision spéciale pour les ganglions iliaques. Procédé habituel. Ablation d'un gros ganglion assez mobile situé en avant des vaisseaux, et de la taille d'un petit œuf. Ablation par morcellement d'un ganglion rétro-crural interne avec péri-adénite intense, et contenant un abcès qui communique par l'anneau crural avec la tuméfaction inguinale. Issue d'une grande quantité de pus. Lavage à l'eau phéniquée forte; drainage; suture de la paroi.

2^o Ablation de la masse ganglionnaire inguinale par l'incision habituelle. A la partie interne existe un gros abcès communiquant avec le pelvis.

30 mai. — Pas de réunion par première intention. Lavages à l'eau oxygénée.

15 juin. — La suppuration est tarie.

Sort le 30 juin en bon état, mais la guérison n'est pas complète, et il y a possibilité de réinfection.

Revu le malade le 13 avril 1913. Il n'a pas eu de récurrence.

OBSERVATION XL

P... Victor, vingt-neuf ans, peintre. Entré le 6 juin 1912.

Le malade ne s'est pas aperçu de son chancre, mais on trouve une cicatrice à gauche du frein. Bubon droit apparu il y a un mois, actuellement fistulisé. Dans la région iliaque, la palpation profonde décèle une grosse masse du volume d'une noix.

14 juin. — *Opération* (M. Michon). — Incision suivant le canal inguinal, et se recourbant sur l'anneau crural, pour enlever le tout par cette incision : 1° ganglions iliaques : procédé habituel.

Deux ganglions de la chaîne externe peu adhérents. Ganglion rétro-crural interne, très adhérent, et enlevé à la curette ;

2° Ablation des ganglions inguinaux par bascule externe.

30 juin. — Sphacèle de la peau au niveau du triangle de Scarpa, recouvrant l'abcès fistuleux.

Sort le 3 août, presque complètement cicatrisé.

OBSERVATION XLI

G... Joseph, vingt-huit ans, garçon de magasin. Entré le 9 mai 1912.

Chancre du sillon depuis un mois. Bubon droit depuis quinze jours, traité par la méthode de Fontan du 29 mai au 9 juin.

9 juin. — Bubon fluctuant. Ganglions iliaques.

18 juin. — *Opération* (M. Michau). — La masse iliaque est devenue fluctuante et semble sous-cutanée.

Incision semi-courbe permettant de relever un lambeau qui découvre le triangle de Scarpa et le trajet inguinal.

Ouverture immédiate de l'abcès inguinal.

Ouverture également de l'abcès iliaque, aussitôt l'aponévrose du grand oblique incisée, car cet abcès a fusé dans le canal inguinal. Il conduit immédiatement sur le ganglion rétro-crural interne, et se prolonge au delà du détroit supérieur jusque dans le petit bassin. Lavage à l'eau phéniquée forte.

Alors on extirpe le ganglion rétro-crural externe, suppuré et adhérent à un ganglion situé en avant des vaisseaux, et enfin on curette les restes fongueux du ganglion rétro-crural interne.

Ensuite ablation à la curette, au doigt, et par morcellement, des ganglions inguinaux.

Quand tout est fini, on voit que la masse du ganglion de Cloquet suppuré se continue à travers le canal crural jusque dans la fosse iliaque.

Drainage iliaque à travers l'incision sus-crurale, et drainage inguinal.

28 juin. — Pas de réunion par première intention.

18 juillet. — Il s'est formé une poche au-dessus de la plaie: Incision et pansement au végétol.

26 juillet. — Suppuration tarie. Plaie cicatrisée.

Sort le 29 juillet.

OBSERVATION XLII

V... Germain, trente-six ans, employé des postes. Entré le 6 juin 1912.

Chancre mou du gland en janvier. Bubon droit, en fin février. Ganglions iliaques.

22 juin. — *Opération* (M. Michon). — 1° Incision unique, semi-courbe. Ganglion rétro-crural externe, mobile, de la taille d'une noisette. Ganglion rétro-crural interne du volume d'un œuf, adhérent, suppuré, avec péri-adénite intense. Il est enlevé aux ciseaux. Ligature des vaisseaux épigastriques. Drainage.

2° Ablation des ganglions inguinaux.

Sort le 12 juillet.

OBSERVATION XLIII

R... Robert, vingt-trois ans, journalier. Entré le 12 juin 1912.

Le malade s'est aperçu de son bubon il y a un mois, et de son chancre il y a quinze jours : il y eut d'abord un chancre du frein, puis quelques jours après un autre chancre sur la face interne du prépuce, celui-ci induré.

Actuellement, bubon droit rouge, sensible ; ganglions iliaques profonds.

Du 29 juin au 15 juillet, 12 piqûres de bi-iodure.

20 juillet. — *Opération* (M. Michon). — Incision unique. 1° Ganglions iliaques : le rétro-crural interne de la taille

d'une petite noix, et deux sus-cruraux externes, plus petits, très mobiles et sans péri-adénite ;

2° Ganglions inguinaux par bascule externe.

Examen. — Le sus-crural interne contient les abcès miliaires typiques.

Sorti le 19 août.

OBSERVATION XLIV

D... Olive, vingt-sept ans, débardeur. Entre une première fois le 10 juillet 1910 : chancres mous multiples du sillon. Bubon inguinal droit traité par ponction et injection de collargol, puis par incision.

Entre une seconde fois le 15 août 1912 : chancre depuis huit jours ; bubon droit apparu en même temps. Ganglions iliaques.

28 août. — *Opération* (M. Heitz-Boyer). — Masse inguinale superficielle du volume de deux noix, et masse iliaque au moins aussi volumineuse et pluriganglionnaire. La masse inguinale (qui avait été incisée déjà il y a deux ans), est enlevée aux ciseaux. A la partie inférieure de la crosse de la saphène, elle est très adhérente, et en la sectionnant, la veine fémorale est ouverte. On tente une ligature latérale qui glisse, et on fait une ligature totale.

Les ganglions iliaques sont enlevés par l'incision de l'artère iliaque externe. Un gros ganglion, long de 17 centimètres et large de 3, est absolument adhérent à la face interne de la veine iliaque. Deux autres ganglions sont antéjacents à la veine, et faciles à énucléer. Un dernier ganglion, plus externe, gros comme une noisette, est très adhérent à l'artère. Drainage.

4 septembre. — Œdème du membre inférieur droit. Compression ouatée depuis le pied ; gouttière.

6 septembre. — Les bords de la plaie sont escarrifiés et désunis. Suppuration faible. Œdème de la cuisse toujours assez accentué.

7 septembre. — Infiltration œdémateuse des bords de la plaie.

9 septembre. — La jambe est en très bon état ; l'œdème a disparu. La plaie donne une sérosité abondante. Elle n'est pas vraiment désunie, mais le tracé de l'incision est marqué par un coagulum blanchâtre que l'on détache facilement avec la pince, et qui, une fois enlevé, laisse sourdre un peu de sérosité venant de la profondeur.

2 octobre. — Plaie presque fermée, jambe désenflée. Bon état général.

Sort le 6 octobre.

OBSERVATION XLV

R .. Alfred, vingt et un ans, jardinier. Entré le 15 août 1912.

Chancre du frein il y a un mois et demi. Bubon droit depuis un mois. Masse iliaque grosse, fluctuante, douloureuse.

4 septembre. — *Opération* (M. Heitz-Boyer). — On enlève le bubon iliaque par une incision spéciale, semblable à celle de la découverte de l'uretère.

Section des trois muscles larges. Décollement du péritoine. On aperçoit un groupe ganglionnaire allongé, gros comme une noisette, qui est très adhérent à l'artère iliaque externe qui bat au-dessous et en dedans.

Suture en deux plans sans drainage.

2° Ablation de la masse inguinale.

6 septembre. — La plaie a bon aspect.

12 septembre. — On enlève les agrafes.

Sort le 28 septembre.

OBSERVATION XLVI

W... Adrien, vingt-trois ans, livreur. Entré le 5 décembre 1912.

Chancre mixte du sillon depuis dix jours, et blennorrhagie depuis le même moment. Bubon gauche avec masse iliaque.

14 décembre. — *Opération* (M. Michon). — 1° Extirpation des ganglions iliaques par une incision spéciale parallèle à l'arcade crurale. Paroi fibreuse amincie par une ancienne cure radicale de hernie. Les ganglions rétro-crural externe et rétro-crural interne sont fusionnés en avant des vaisseaux, et forment un demi-anneau antérieur qui rend la libération de la veine assez difficile.

Ganglions durs, ayant à la coupe seulement quelques foyers de granulations miliaires. Les deux réunis ont environ la taille d'un petit œuf.

2° Extirpation des ganglions inguinaux par une incision spéciale.

14 janvier. — Roséole. Bauer positif.

21 janvier. — 606, 30 centigrammes.

29 janvier. — 606, 40 centigrammes.

Sorti le 30 janvier.

OBSERVATION XLVII

F... Antoine, trente et un ans, porteur aux halles

Entré le 6 février 1913.

Chancre mou du prépuce il y a trois semaines. Bubon droit avec masse assez volumineuse dans la fosse iliaque.

Température élevée : 38 degrés le matin, 39 degrés le soir.

14 février. — *Opération* (M. Michon). — 1° Incision spéciale, procédé habituel. Péri-adénite marquée. Le ganglion rétro-crural interne est entièrement ramolli. Il est enlevé par énucléation de sa coque fibreuse qui adhère à la veine. Au-dessus de lui, sur le bord interne de la veine, un autre ganglion également suppuré.

Le ganglion rétro-crural externe n'est pas malade.

2° Ablation des ganglions inguinaux par curettage.

Sort le 10 mars en bonne voie de guérison, mais la plaie suinte un peu.

Revient le 1^{er} avril : à l'asile de Vincennes le malade a vu se former un bubon du côté gauche. Il y a quinze jours le chancre est réapparu.

Prépuce œdématié ; impossibilité de découvrir le gland.

Le malade est encore dans le service au moment où nous terminons ce travail.

OBSERVATION XLVIII

P... Émile, vingt-quatre ans, mécanicien. Entré le 26 février 1913.

Bubon après chancre mou. Ganglions iliaques.

19 mars. — *Opération* (M. Eudel). — 1° Incision parallèle à l'arcade crurale, légèrement curviligne et relevée en dehors. Découverte de la région iliaque après mise à nu du cordon et des muscles réclinés.

Gros ganglion rétro-crural interne très adhérent au plan osseux et aux vaisseaux iliaques.

Les vaisseaux épigastriques sont coupés un peu trop près de leur origine : une première ligature ayant été tirée en enlevant la pince, arrache l'origine de la veine épigastrique, et il faut faire une véritable ligature latérale de la veine iliaque externe ;

2° Extirpation des ganglions inguinaux.

Sorti le 7 mars.

OBSERVATIONS XLIX

L... Simon, quarante et un ans, économe, entré le 3 mars 1913.

Chancre il y a dix mois avec légère adénite gauche.

Depuis trois semaines la grosseur a augmenté de volume et forme actuellement un bubon de la taille d'un œuf de poule. Ganglions iliaques.

Le malade tousse ; sueurs nocturnes fréquentes ; pas d'amaigrissement.

5 mars. — *Opération* (M. Michon). — 1° Incision sur le canal inguinal. Ligature des vaisseaux épigastriques.

Ablation d'un ganglion peu volumineux rétro-crural externe, qui empiète sur la face antérieure de l'artère.

Ablation d'un ganglion rétro-crural interne de la taille d'une noix avec beaucoup de péri-adénite ;

2° Incision basse inguinale pour l'extirpation des ganglions fémoraux.

Examen. — Le ganglion prend tout à fait l'aspect des ganglions du chancre mou avec de nombreux abcès miliaires.

13 mars. — Enlevé les fils; les plaies restent en partie ouvertes. Injection d'eau iodée.

Sort le 5 avril.

OBSERVATION L

G..., André, vingt et un ans, employé de commerce. Entré le 13 février 1913.

Deux chancres vers le 18 décembre, indolores, légèrement suppurés, saignant facilement, un de chaque côté du frein, et diagnostiqués chancres mous à la policlinique. Un mois après, adénopathie double, rapidement suppurée et fistulisée du côté droit.

28 février. — Ponction et injection de vaseline iodoformée.

1^{er} mars. — La malade plie un peu la cuisse droite sur le bassin. On trouve des ganglions iliaques du côté droit.

1^{er} avril. — Les deux bubons sont fistulisés. Injection d'eau iodée dans les fistules. Les ganglions iliaques droits forment une masse, énorme faisant une saillie visible au-dessus de l'arcade, et présentant une fluctuation nette. A gauche, on sent le ganglion rétro-crural interne.

Le malade tousse. Matité des sommets.

9 avril. — *Opérations* (M. Michon). — A droite incision parallèle à l'arcade crurale, et au-dessus d'elle. Il y a déjà un peu d'œdème sous-cutané.

Au moment de l'incision du canal inguinal, ouverture

d'une grosse collection contenant un pus liquide. Relèvement du cordon difficile, car il adhère intimement à la paroi du trajet inguinal : Dissection au bistouri nécessaire. A ce moment, ouverture accidentelle du péritoine. Fermeture par un sujet.

Ablation de deux ganglions sus-cruraux externes, volumineux et suppurés, le plus gros de la taille d'une mandarine ; d'un ganglion de la taille d'une noisette, en avant de l'artère ; et d'un ganglion rétro-crural interne. Dans le petit bassin il y a un autre ganglion que l'on enlève par morcellement.

2 Extirpation des ganglions inguinaux.

A gauche : ganglion iliaque rétro-crural interne paraissant du volume d'une noisette, et laissé en place.

Les ganglions inguinaux sont enlevés par arrachement avec le doigt.

Examen. — Les ganglions iliaques ne sont pas du tout caséeux ; le rétro-crural externe présente par place des foyers de ramollissement.

On l'envoie à M. le Professeur Letulle pour examen histologique.

10 avril. — Température du soir 39 degrés.

17 avril. — L'examen histologique révèle qu'il s'agit d'un ganglion tuberculeux.

Ce cas ne doit donc pas être compté parmi les adénites chancrelleuses.

OBSERVATION LI

H... Alphonse, vingt-neuf ans, colporteur. Entré le 16 févr. 1911.

Ce malade a déjà été soigné dans le service en février 1910 pour un chancre de méat, datant de vingt jours, et induré lors de son entrée à l'hôpital.

Du côté droit, il avait une pléiade de ganglions durs, roulant sous le doigt.

Au mois de juin de la même année, accidents secondaires : roséole, plaques muqueuses. A ce moment, l'adénite était grosse et dure, et fut incisée sans issue de pus.

A sa nouvelle entrée, le 16 février 1911, bubon droit fistulisé. Ganglions iliaques volumineux, situés au-devant des vaisseaux ; l'artère iliaque externe bat très fort et soulève les doigts qui palpent.

28 février. — *Opération* (M. Michon). — 1° Ablation d'une masse iliaque située au-devant des vaisseaux : ganglions hypertrophiés, non suppurés. Ils ont tout à fait l'aspect chancrelleux, avec de petits abcès miliaires ;

2° Ablation des ganglions inguinaux.

18 mars. — Un peu de suppuration.

23 mars. — Suppuration tarie ; plaie cicatrisée. On cesse tout pansement.

Sort le 28 mars.

OBSERVATION LII

H... Marcel, vingt ans, garçon coiffeur. Entré le 25 juin 1909.

Blennorrhagie depuis cinq mois. Présence du gonocoque dans le pus. Pas de chancre.

Orchite il y a deux mois.

Depuis quinze jours, bubon inguinal droit. Ganglions iliaques gros et douloureux.

12 juillet. — *Opération* (M. Michon). — 1° Longue incision parallèle à l'arcade crurale, et s'étendant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure ;

1° Ablation des ganglions inguinaux, suppurés et ramollis, y compris le ganglion de Cloquet ;

2° Ensuite incision du canal inguinal et extirpation des ganglions iliaques par le procédé habituel ; ablation de 3 ganglions : l'un à cheval en avant de l'artère, du volume d'une amande ; un autre, plus petit, reposant sur la face antérieure de l'artère ; en dedans de la veine, le ganglion sus-crural interne, un peu plus gros qu'une noisette, ramolli, se continuant avec le Cloquet à travers l'anneau crural.

Suture musculo-aponévrotique au catgut. Drain.

Sort le 6 août.

OBSERVATION LIII

R... Auguste, vingt et un ans, journalier. Entré le 20 mars 1911.

Blennorrhagie il a y un mois, soignée par des lavages au permanganate.

Hématurie d'origine urétrale il y a un mois également.

Pas de chancre.

Bubon inguinal et iliaque droit, depuis trois semaines.

14 mai. — *Opération* (M. Michon). — 1° Incision en S. Résection de la peau amincie ; procédé habituel : ablation d'un énorme ganglion rétro-crural externe, adhérent en totalité aux vaisseaux.

Canal inguinal fermé au catgut sans drainage ;

2° Ablation des ganglions inguinaux par la même incision.

Examen. — Ganglion iliaque entièrement suppuré. Inoculation au bras.

17 mai. — Inoculation négative.

Enlevé fil et drain inguinal le 22.

Sort le 8 juin.

OBSERVATION LIV

B... Fernand, vingt-cinq ans, vernisseur. Entré le 30 septembre 1909.

Chancre mou depuis deux mois. Bubon inguinal gauche suppuré. Ganglions iliaques. Depuis trois semaines, œdème du prépuce et des bourses. Cyphose vertébrale dorsale d'origine pottique. Le malade tousse tous les hivers. Rudesse inspiratoire aux sommets.

22 octobre. — L'œdème du prépuce ne diminuant pas par les bains de verge, on fait un débridement dorsal.

29 décembre. — *Opération* (Michon). — 1° La masse inguino-iliaque est présumée de nature tuberculeuse.

Incision du canal inguinal. Ligature des vaisseaux épigas-

triques. Décortication du ganglion rétro-crural externe, lardacé, très adhérent, du volume d'une petite amande.

A ce moment, hémorragie. On s'aperçoit que le sang vient d'une petite plaie oblique de l'artère iliaque externe, de 1 mm. 1/2 de longueur. Suture latérale à la soie avec aiguille n° 12.

L'hémorragie cesse. Les battements sont perceptibles en dessous de la suture.

2° Ablation de la masse inguinale.

Examen. — Ganglions caséeux d'aspect absolument tuberculeux.

25 janvier. — Plaie en bonne voie de cicatrisation. Sur le dos de la verge, il s'est formé un jabot à la suite du débridement du 22 octobre.

13 février. — Ablation de ce jabot.

15 février. — Deux petits bourgeons au niveau de l'incision inguino-crurale : nitrate d'argent.

20 février. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION LV

L... Émile, trente ans, plombier. Entré le 3 octobre 1910.

Blennorragie il y a douze ans, ayant laissé une goutte chronique matinale. Sujet aux bronchites l'hiver ; tousse un peu actuellement. Il y a deux ans, adénite inguinale gauche, qui fut opérée à Saint-Joseph, et attribuée à un ongle incarné.

Actuellement, adénite inguinale droite depuis cinq semaines, avec ganglions iliaques. Pas de cicatrice de chancre ; pas de syphilis. Le malade se serait fait, trois semaines avant le

début de l'adénite, une coupure au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite.

19 octobre. — *Opéré* (M. Michon). — Incision unique en S :

1^o Ganglions iliaques : procédé habituel. Trois ganglions sus-cruraux externes, et un ganglion rétro-crural moyen. Suture au catgut. Drainage.

2^o Ganglions inguinaux...

Examen. — Les ganglions, tant inguinaux qu'iliaques, sont lardacés sans abcès miliaires, et présentent l'aspect tuberculeux. Un des ganglions inguinaux est caséeux.

Sort le 1^{er} novembre.

CONCLUSIONS .

1° Les adénites iliaques consécutives au chancre mou passent pour une affection très rare. Elles sont même niées par la plupart des auteurs classiques.

Nous en avons cependant recueilli 50 cas, opérés par M. Michon, dans son service de l'hôpital Cochin-Annexe, en l'espace de quatre ans ;

2° Ces bubons se font aux dépens des ganglions iliaques externes, et principalement aux dépens des chaînes externe et interne de ces ganglions. Les lésions anatomiques varient de la simple hypertrophie aux abcès d'adénite et de péri-adénite. Le cas le plus fréquent est celui qui offre des ganglions hypertrophiés, congestionnés, et montrant à la coupe un tissu farci d'abcès miliaires ;

3° Les symptômes fonctionnels sont rares : quelquefois un peu de douleur, ou une flexion légère de la cuisse sur le bassin.

Les signes physiques sont les plus importants. rarement la tuméfaction est accessible à la vue. C'est la palpation qui fait apprécier dans la fosse iliaque une tumeur plus ou moins volumineuse, souvent

dure, quelquefois rénitente, très rarement fluctuante ;

4° Le bubon une fois constitué peut évoluer vers trois destinées : régression, suppuration, ou sclérose ;

5° Des complications peuvent modifier cette évolution :

Les vaisseaux iliaques externes peuvent être ulcérés ou comprimés.

Du côté du péritoine, plusieurs auteurs ont rapporté des exemples de péritonite aiguë généralisée rapidement mortelle ;

6° Le diagnostic est en général facile. Quelquefois pourtant il faut éviter d'attribuer au chancre mou des adénopathies iliaques, blennorragiques ou bacillaires ;

7° Le traitement chirurgical consiste dans l'extirpation des ganglions, autant que possible par une incision unique pour les ganglions inguinaux et iliaques. Il est indiqué toutes les fois que l'adénite est volumineuse.

Vu : le Président de la thèse,

LETULLE

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — Précis élémentaire des maladies vénériennes, 1910.
- AUGAGNEUR et CARLES. — Précis des maladies vénériennes.
- BALZER. — Maladies vénériennes, in Brouardel et Gilbert, n. éd., t. VII.
- BELHOMME et MARTIN. — Traité pratique de la syphilis et des maladies vénériennes, 1878.
- BERDAL. — Traité pratique des maladies vénériennes, 2^e éd., 1906.
- BONVOISIN. — Des Adéno-phlegmons iliaques. Thèse de Paris, 1909-1910.
- BOURDON. — Union médicale, 1861.
- BRODIER. — Maladies des lymphatiques, in Le Dentu et Delbet, n. éd., t. XII.
- CASTELO. — Bubones fistulosos en las regiones inguinales; flemon en la région hipogastrica y subpubiana con edema scrotal (Revista especial de oftalmologia, sifilografia, etc. Madrid, 1881, t. II, 354).
- CASTEX. — Les Adénites iliaques. Thèse de Paris, 1881.
- CHASSAIGNAC. — Traité pratique de la suppuration et du drainage, 1859.
- CLERC. — Complications du bubon (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1869, n° 5).
- CUNÉO et MARCILLE. — Topographie des ganglions ilio-pelviens (Société anatomique, déc. 1901).
- Note sur les lymphatiques du gland (Soc. anat., déc. 1901).

- DESPRÉS. — Sur une variété d'abcès de la fosse iliaque : l'adénite iliaque suppurée (Gazette des Hôpitaux, 1874, 16 juin).
- FINGER. — Die Syphilis und die venerischen Krankheiten, 1906.
- FOURNIER. — Article « Bubon », in Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.
— La Syphilis chez la femme, 1873.
- GOSSET. — Technique de l'extirpation des adénites inguinales (Journal de Chirurgie, 1909, t. II, p. 121 et suiv.).
- GRISOLLE. — Histoire des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque (Archives générales de Médecine, 1839, 2^e série, t. IV).
- GUYOT. — Considérations sur la péritonite par propagation. Thèse de Paris, 1856.
- HUNTER. — A treatise on the venereal diseases, 1786.
- JORDAN. — Bubo within the abdomen (Surg. enq. London, 1880).
- LABBÉ (Léon). — De la propagation de l'inflammation au péritoine à la suite des adénites inguinales (Mémoires de la Société de Chirurgie, 1868, p. 406 et suiv.).
— Adénite inguinale suppurée ; péritonite par propagation ; érysipèle ; mort (Gazette des Hôpitaux, 1869, p. 437).
- LECÈNE. — Article « Phlegmon iliaque », in Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale, t. IV, p. 698.
- LEJARS. — Maladies des lymphatiques, in Duplay et Reclus, t. I.
— Les Phlegmons iliaques (Semaine médicale, 1909, n° 52).
- LENTE. — Bubo perforating the abdomen ; peritonitis (New-York medical Journal, 1850, t. V, p. 169).
- LEREBoullet (de Strasbourg). — Note sur un cas de bubon iliaque suivi de péritonite aiguë (Gazette hebdomadaire de médecine, 1870, p. 34).
- LESSER. — Enkyclopädie der Haut : und Geschlechts : Krankheiten, 1906.

- MALGAIGNE. — Anatomie chirurgicale, p. 732.
- MARCILLE. — Lymphatiques et ganglions iléo-pelviens.
Thèse de Paris, 1902.
- MARSHALL. — Syphilology and venereal diseases, 1906.
- NIVISON. — A case of insidious and violent inflammation
and sloughing in right iliac region, terminating on
fatal hemorrhage (Edimb. medical and surgical jour-
nal, 1831, p. 66).
- CEDMANSSON. — Om de yttre iliakalkörtlarnas sjukligo
förändringar vid lymfskubboner (Nordiskt medi-
cinskt Arkiv, Stockholm, 1887).
- PAQUY. — L'Adénite inguinale considérée comme cause des
phlegmons de la fosse iliaque. Thèse de Paris, 1876.
- POIRIER et CUNÉO. — Lymphatiques du bassin et de l'abdo-
men, in Poirier et Charpy, t. II, p. 1172, 1901.
- RICORD. — Leçons sur le chancre, 1858.
- ROLLET. — Article « Bubon », in Dictionnaire de Dechambre.
- SMITH. — Inguinal bubo; suppurative peritonitis; death
(British medical Journal, 1892).
- TAYLOR. — A practical treatise on genito-urinary and vene-
real diseases and syphilis, 2^e éd., 1906.
- VAN LAIR. — Contribution à l'étude clinique des lymphadé-
nites viscérales (Bulletin de l'Académie Royale de
Belgique, 1869).
- VELPEAU. — Leçons orales de clinique chirurgicale, t. III
- VIRGALITTA. — La cura rapida delle linfadeniti inguinali
suppuranti col metodo della puntura-incisione
(Giornale di medicina militare, 1911, 28 et suiv.).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Historique.....	9
Étiologie et Pathogénie.....	15
Anatomie pathologique.....	19
Symptômes.....	31
Évolution et Pronostic.....	37
Complications.....	41
Diagnostic.....	51
Traitement opératoire.....	55
Observations.....	61
Conclusions.....	111
Bibliographie.....	113

